



Håndtering av uønskede hendelser i en sykehusavdeling. En kvalitativ studie.

Kari Lybak

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Juni 2010

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
Universitetet i Bergen

Forord

Arbeidet som presenteres i oppgaven er utført for Senter for etter- og videreutdanning ved Universitetet i Bergen.

Jeg har alltid vært interessert i, og på et eller annet vis involvert i, arbeid med å forbedre kvaliteten på de tjenester vi tilbyr pasientene i helsevesenet.

Arbeidet som presenteres er gjennomført som en kvalitativ undersøkelse. Metoden som er benyttet er fokusgruppeintervju, supplert med kvantitative data fra rapportsystemet Synergi, innført ved Haukeland Universitetssykehus for å melde uønskede hendelser.

Jeg vil først og fremst takke min veileder, førsteamanuensis Benedicte Carlsen ved Universitetet i Bergen. Hun hjalp meg til å finne ut av hva det vil si å skrive i et forskningsperspektiv, og var til uvurderlig hjelp da jeg stod fast og var angrepet av skrivesperre.

Min tålmodige, og til tider overbærende sjef, professor og klinikkdirektør August Bakke, gav meg anledning til å gjøre dette ferdig. Han er nok glad for at jeg nå kan konsentrere meg om å gjøre det jeg skal i arbeidstiden. Mange hjelpere har stilt opp for å gi meg støtte. Trond Iversen i seksjon for kvalitetsutvikling og smittevern er en mester i å håndtere det elektroniske meldesystemet. Han har hjulpet meg med de kvantitative data og er mesteren bak de grafiske utformingene. Hans sjef, seksjonsleder Stig Hartug, frigav tid for ham slik at det var mulig, samtidig som Stig gav meg nyttige tips og hjalp meg i gang med å finne nyttig litteratur.

Oppgaven ville aldri blitt en realitet uten ivrige respondenter som øste av sin erfaring og gav meg verdifulle data. Jeg har hatt god støtte av Åsa Rommetveit Remme og Eli Haugsmyr, både som assistenter under intervjuet og heiagjeng underveis. Jeg vil og takke kollega for øvrig som har vist stor toleranse for at jeg i skriveperioden til tider har hatt hodet og oppmerksomheten andre steder enn på jobb.

Sist, men ikke minst fortjener min kjære ektemann, Aslak, en stor takk. Han har vært tålmodigheten selv. Når stuen har lignet et studerkammer, og konen i dager og uker har vært til stede men fraværende, har han hjulpet meg hver gang jeg har trengt det, enten det har vært av teknisk art eller å diskutere innholdet i oppgaven. Han har i stor grad bidratt til resultatet. Jeg har ikke evidens for det, men er sikker på at han er glad for at det nå er over.



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel

Håndtering av uønskede hendelser i en sykehusavdeling. En kvalitativ studie.

Forfatter

Kari Lybak

Forfatterens stilling og arbeidssted

Assisterende klinikkdirektør, Haukeland Universitetssykehus.

Dato for godkjenning av oppgaven

Veileder

Benedicte Carlsen

Antall sider

71

Språk oppgave

Norsk

Språk sammendrag

Norsk

ISSN-nummer

ISBN-nummer

Nøkkelord: Uønskede hendelser, informasjonssystem, pasientsikkerhet, sykepleiere

Sammendrag

Bakgrunn:

Å ivareta pasientens sikkerhet ved innleggelse i sykehus har fått økt oppmerksomhet i helsetjenesten. Et av virkemidlene ledere har i dette arbeidet, er meldinger om uønskede hendelser. Meldingene skal brukes systematisk for å iverksette tiltak som reduserer risikoen for at pasienten blir utsatt for feil eller skade. Sykehuset har innført et nytt informasjonssystem for registrering av uønskede hendelser for å forenkle prosessen med å melde og gi tilbakemeldinger.

Hensikt:

Ved å benytte sykepleiernes egne erfaringer ønsket jeg å finne mulige årsaker til at de ikke melder uønskede hendelser oftere enn de gjør. Ved å kartlegge forutsetningene som må være til stede for at sykepleierne skal melde, er det mulig for lederne å sørge for gode rammebetingelser rundt meldeprosessen.

Materiale og metode:

Undersøkelsen er gjennomført som et fokusgruppeintervju med fem respondenter. I tillegg er det benyttet kvantitative data fra informasjonssystemet for uønskede hendelser for om mulig å verifisere uttalelser til respondentene i intervjuet.

Resultat:

Sykepleierne ser nytten av å bruke uønskede hendelser i arbeidet for å øke pasientsikkerheten. En forutsetning for å melde er imidlertid at de opplever at det er trygt å melde, og at det er et system for å ivareta den som melder. De er opptatt av at meldinger skal føre til læring i organisasjonen. For å oppnå læring må det gis tilbakemelding på det som meldes, slik at de ser at det får konsekvenser som har betydning for den kliniske hverdag. Rutiner må være på plass for at meldeprosessen skal bli god. Det må være enighet om kriterier for hva som skal meldes og sykepleierne må ha kunnskaper for å bruke meldingene. Nærmeste leder må være engasjert i bruken av meldinger, prioritere det i hverdagen og motivere alle til å melde.

Konklusjon:

Ledelsen har i for liten grad forankret en god meldekultur i organisasjonen. Dette fører til at sykepleierne ikke engasjerer seg i å melde uønskede hendelser, til tross for at de ser nytten av det i pasientsikkerhetsarbeidet.



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health
Economics
in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Management of adverse events in a hospital department. A qualitative study.				
Author				
Kari Lybak				
Author's position and address				
Assistant clinical director				
Date of approval		Supervisor		
		Benedicte Carlsen		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
71		English		
<p>Background: To ensure patient safety at hospital admissions, awareness around the use of adverse events have increased in health care. Adverse events are one tool available to the leader to work with patient safety. To avoid, that the patient is in any way is harmed during the stay in the hospital, adverse events are to be used in a systematic way, to implement change in the organization to reduce risks.</p> <p>Purpose: By using the experience the nurses have achieved by reporting adverse events, I wanted to investigate why the nurses reports as few events as they do. If the leaders know on what assumptions the nurses will increase the reporting of adverse events, they are able to secure a well organized structure around the reporting process.</p> <p>Material and method: As method I have used a focus group interview consisting of five respondents. I compared the answers in the interview with quantitative data from the system for reporting adverse events.</p> <p>Results: In order to increase patient safety the nurses experience reporting adverse events as important. But error reporting will only increase in an environment of safety and in a non blaming culture. There has to be a system for taking care of the individual reporting harmful errors. The nurses mean that reporting adverse events are supposed to result in organizational learning. This is only achieved if report of errors result in feedback from the leader. They must experience that reporting have some consequences in daily work. To ensure a good reporting process, the structure must be in place, both the criteria for what kind of errors you are supposed to report, and the knowledge about the use of reports in improvement work. Leaders must be engaged in using the reports and to motivate nurses to report adverse events.</p> <p>Conclusions: The leaders in this organization have not been enough engaged in implementing a good reporting culture. The result is that the nurses are not motivated to report adverse events, in spite of the fact that they are aware of that the reporting of adverse events would be of essence to work with patient safety</p>				

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Egen referanseramme	4
1.2	Bakgrunnsdata	5
2	Bakgrunn:	7
2.1	Innføring av elektronisk rapporteringssystem	7
2.2	Meldeprosessen	8
2.2.1	Data fra ulike undersøkelser og overordnede føringer	9
2.3	Meldefrekvens	11
3	Teori:	12
3.1	Definisjon av noen sentrale begreper	12
3.1.1	Uønskede hendelser:	12
3.1.2	Kvalitet	12
3.1.3	Pasientsikkerhet, risikovurdering og risikostyring	13
3.2	Motivasjonsteorier	16
3.2.1	Instrumentell motivasjon:	16
3.2.2	Interaktiv motivasjon:	19
3.2.3	Indre motivasjon:	19
3.3	Utvalgte teorier om kultur	21
3.3.1	Organisasjonskultur	21
3.3.2	Sikkerhetskultur:	22
3.4	Utvalgte teorier om endringsledelse	24
3.4.1	Hva er endringsledelse?	24
3.4.2	Ledelsesutfordring	25
3.4.3	Teoretiske modeller for endring	26
3.5	Utvalgte læringsteorier	28
4	Problemstilling	29
5	Metode:	31
5.1	Valg av design og metode:	31
5.2	Etske betraktninger:	32
5.3	Utarbeidelse av spørsmål:	32
5.4	Kvantitative data	34
5.5	Metode for innsamling av data:	34
5.6	Metode for analyse av data	36
6	Resultater	37
6.1	Presentasjon av respondentene	38
6.2	Trygghet for å melde	38
6.3	Tilbakemeldinger	39
6.4	Prioritering i hverdagen	41
6.5	Leders rolle:	43
6.6	Kultur	44
6.7	Legemiddelhåndtering	45
7	Drøfting	47
7.1	Resultatene og metoden, begrensninger og styrke	47
7.1.1	Mulige begrensninger	47

<u>7.1.2</u>	<u>Validitet</u>	48
<u>7.1.3</u>	<u>Utvelgelse av respondenter</u>	48
<u>7.1.4</u>	<u>Gjennomføring av intervjuet</u>	49
<u>7.1.5</u>	<u>Oppfølging av resultatene</u>	50
<u>7.2</u>	<u>Drøfting av resultatene:</u>	51
<u>7.2.1</u>	<u>Trygghet</u>	51
<u>7.2.2</u>	<u>Tilbakemeldinger</u>	55
<u>7.2.3</u>	<u>Prioriteringer i hverdagen</u>	59
<u>7.2.4</u>	<u>Ledelse, endring og kultur</u>	60
<u>8</u>	<u>Oppsummering og konklusjon</u>	65

1 Innledning

Pasientsikkerhet har i økende grad fått oppmerksomhet i helsetjenesten.

Styrende organer stiller krav om å jobbe systematisk med å forbedre pasientsikkerheten, og kravene til helsetjenesten er nedfelt i strategiplaner og i styringsdokumentet det enkelte foretaket hvert år får fra sentrale myndigheter. Norsk helsetjeneste startet en offensiv med systematisk forbedringer i helsetjenesten, spesielt fra starten av 1990. Mye av erfaringene var hentet fra helsetjenesten i USA, og til dels fra bilindustrien i Japan. Det å introdusere en ny filosofi i helsetjenesten, krever en gjennomtenkt og godt planlagt tilnærming, spesielt fordi profesjonene er sterke premissleverandører for å lykkes. Legene utgjorde mesteparten av den verbale motstanden i starten, og protesterte mot å innføre noe som hadde sitt utspring i japansk bilindustri. Påstanden var at det ikke var mulig å overføre noe som var industribasert til en helsetjeneste som håndterer pasienter. Å diskutere effektivitet og økonomiske insitamentet for å gjøre forbedringer, var en fremmed tanke i norsk helsevesen på starten av 1990-tallet, spesielt for profesjonene (Kjøde, 1997).

Etter at foretaksorganiseringen ble innført i Norge i 2002, med staten som eier, har både effektivitet og økonomi kommet sterkere inn som styringsverktøy i helseforetakene. Samtidig som ulike helselover ble vedtatt, slik som lov om pasientrettigheter, helsepersonelloven og lov om helseforetak, har fokus på pasientenes rettigheter og krav til sikre og kvalitativt gode tjenester tvunget frem et økt fokus på pasientsikkerhet og risikostyring. Media gjør sitt til at ulike pasienthistorier blir fortalt, der helsetjenesten blir beskyldt for ikke å ha gjort god nok jobb. Dette kan gå utover omdømmet til helsetjenesten, og befolkningen kan miste tiltroen til helsetjenesten. Disse momentene alene er neppe nok til å øke profesjonenes interesse for å drive med systematisk pasientsikkerhetsarbeid. For å overbevise profesjonene i kunnskapsbaserte organisasjoner om nytteverdien ved innføre noe nytt, må det være basert på beste tilgjengelige kunnskap og ha evidens for at det er bra for pasienten.

1.1 Egen referanseramme

Jeg sluttet i offentlig virksomhet i 1985 og begynte i en helsevirksomhet relatert til offshore. Der fikk jeg interesse for avvikssystemet, som det ble benevnt, og hvordan det påvirket organisasjonen og de ansatte. I oljebransjen er avvik benyttet som en integrert del av virksomheten siden oppstart. (Olsen, 2009). Både reelle hendelser og nesten-uhell blir systematisk meldt og dokumentert. Disse hendelsene blir brukt for å gjøre de daglige rutinene bedre og for å trygge arbeidsplassen for de ansatte. Jeg opplevde at det å unngå avvik fikk et preg av konkurranse mellom de ulike skiftene som jobbet på plattformene, en konkurranse jeg opplevde som et positivt incitament til å etablere et spesielt samhold i det enkelte skift. Man kunne tro at konkurranseelementet ville føre til at det ble færre meldinger, men det så ikke ut for å være tilfelle. Det er etablert en kultur der melding av avvik er en del av et systematisk forbedringsarbeid. De ansatte opplevde ikke at det å melde førte til represalier for den enkelte, men ble vurdert som systemfeil, og en kilde til forbedring. Behandling av avvik ble brukt til å beskytte de ansatte mot skader og uhell, og var en motivasjonsfaktor til å melde. Leder vurderte avvikene, stilte krav til det enkelte skift om å vurdere hendelsen, lære av det som var rapportert og i neste omgang foreta de forbedringer som skulle til for å unngå at avviket oppstod igjen.

Amerikansk helsevesen har i flere år hatt fokus på å forbedre kvaliteten i helsevesenet, og Norge fulgte opp satsingen med ulike prosjekter. Som et eksempel på et prosjekt ble jeg involvert i en satsing for å utvikle standarder innen sykepleietjenesten, da jeg startet igjen i offentlige helsevesen etter noen år. Hensikten var å øke kvaliteten på sykepleietjenesten, og etablere en konsensus om hvordan sykepleie skulle utføres og ikke minst måles. Standardene skulle være basert på best mulig tilgjengelige kunnskap. Prosjektet var i regi av Norsk Sykepleieforbund og var en landsomfattende satsing. En videreføring av arbeidet var å forsøke å utvikle indikatorer for å kunne måle kvalitet, et arbeid som var indusert fra departementet.

I 1993 vedtok ledelsen ved Haukeland Universitetssykehus å satse på Total kvalitetsledelse som ledelsesfilosofi. Det ble iverksatt et storstilt prosjekt der målet var å innføre denne ledelsesfilosofien i hele organisasjonen. Den pedagogiske tilnærming var å benytte kaskadeopplæring der opplæringen startet med topplederne som i neste omgang skulle lære opp sine mellomledere som igjen lærte opp sine ansatte. Opplæringen var definert som et lederansvar. For å støtte prosessen og lederne ble det frikjøpt et stort antall ansatte. Alle ansatte ble kurset i filosofien og lærte å bruke ulike verktøy for å drive aktivt kvalitetsforbedringsarbeid. Prosjektet førte til stor motstand i organisasjon, spesielt hos legene som var verbale målbærere av motstanden (Søreide, 1999).

1.2 Bakgrunnsdata

Da rapporten "To err is human" kom, (Kohn m.fl., 1999) ble det en dreining fra vekt på forbedring til vekt på pasientsikkerhet. På bakgrunn av alvorlige hendelser i det amerikanske helsevesenet, ble det utarbeidet en rapport med utgangspunkt i data om uønskede hendelser og økonomiske beregninger knyttet opp mot disse. Rapporten omhandler hvilke konsekvenser de uønskede hendelsene fikk for helsevesenet, både økonomisk, i forhold til effektivitet, omdømme i befolkningen og ikke minst uønskede konsekvenser for pasienten. I rapporten står det innledningsvis:

This report lays out a comprehensive strategy by which government, health care providers, industry, and consumers can reduce preventable medical errors. Concluding that the know-how already exists to prevent many of these mistakes, the report sets as a minimum goal a 50 percent reduction in errors over the next five years.

In its recommendations for reaching this goal, the committee strikes a balance between regulatory and market-based initiatives, and between the roles of professionals and organizations.

I rapporten heter det også at datasamling i seg selv ikke er målet. Å samle data i rapporter, uten å gjøre nytte av de, har ingen hensikt. Mye kan læres av å analysere feil, både de som resulterer i skader og de feil som ikke resulterer i skade, men der korrigerende av systemfeil kan forhindre at det blir en reell feil. Hovedkonklusjonene i rapporten ble oppsummert i tre punkter:

1. Pasientsikkerhetsproblemet er stort
2. Feil og uhell skyldes vanligvis ikke den enkelte helsearbeider
3. De fleste skader som påføres pasienten skyldes systemsvikt

I 2000 ble det rapportert at mellom 44.000 – 98.000 amerikanere hvert år dør på grunn av medisinsk behandling og ikke på grunn av underliggende sykdom. Disse data gjorde anbefalingene i rapporten ytterligere aktuelle.

Avslutningsvis står det i rapporten at det er menneskelig å feile, men det er mulig å forebygge feil.

Denne rapporten førte til en dreining av kvalitetsarbeidet mot pasientsikkerhet. Dreiningen finner vi etter hvert igjen i styringsdokumentene, der det stilles krav om å drive systematisk arbeid, både for å ivareta pasientsikkerheten, sikre gode og trygge arbeidsforhold for ansatte og for å sikre god kvalitet på de tjenester vi

tilbyr. Dette vil øke tiltroen i befolkningen til helsetjenestene og øke omdømmet, hevdes det i styringsdokumentet.

Hensikten med det systematisk kvalitetsarbeidet er å redusere risikofaktorene i daglig praksis og derved forbedre kvaliteten på de tjenester vi yter. For å oppnå dette må organisasjonen, som et viktig tiltak, registrere de hendelser som er uønskede, og som representerer en risiko. For å unngå at det samme skjer igjen må organisasjonen lære av hendelsene, for så å kunne foreta nødvendige endringer i praksis. Da er det mulig å redusere risikoen for at samme hendelse opptrer igjen.

2 Bakgrunn:

Helsepersonell av alle profesjoner er opptatt av å ikke gjøre feil. Den beste måten å gjøre det på er å ha et kritisk fokus på hva som fører til feil, og hva vi kan gjøre for å unngå skade.

2.1 Innføring av elektronisk rapporteringssystem

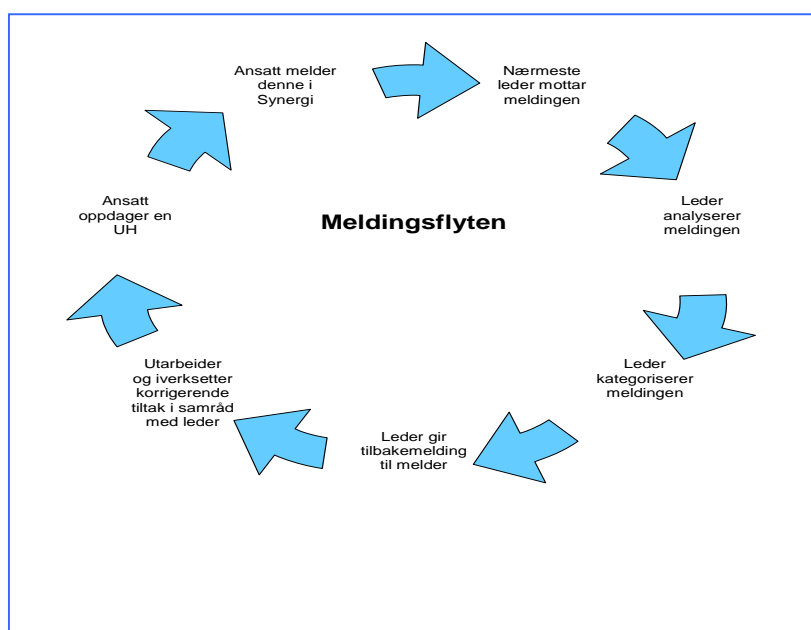
Fra å ha et papirbasert registreringsverktøy for uønskede hendelser, innførte Helse Bergen i januar 2008 et nytt elektronisk rapportsystem for registrering av disse. I oppstartsperioden var det stor iver etter å melde. De ansatte meldte likt og ulikt. Da systemet ble innført, var det mye fokus på å melde uønskede hendelser. Dette var en konsekvens av at det ble gitt opplæring til alle ansatte i bruk av systemet, og at betydningen av å melde og benytte disse i systematisk forbedringsarbeid ble påpekt som vesentlig for å ivareta pasientsikkerheten. Generelt i organisasjonen økte meldefrekvensen.

Målet med å innføre det elektroniske systemet for registrering av uønskede hendelser, var at systemet skulle gjøre det enkelt for ansatte å melde, samtidig som det skulle være enkelt for ledere å lese og klassifisere meldingene, skrive ut rapporter og gi tilbakemelding til melder. I neste omgang skulle meldingene

benyttes som et lederverktøy i det systematisk kvalitetsforbedringsarbeidet i organisasjonen

Meldeprosessen

Figur 1 Meldeprosessen



Kilde: meldesystemet synergi

Prosessen starter når en ansatt oppdager en uønsket hendelse, enten som et resultat av hva vedkommende selv har gjort, eller oppdager noe andre har gjort. Dette blir meldt i meldesystemet kalt Synergi, og meldingen blir sent nærmeste leder. Leder analyserer meldingen, kategoriserer denne for så å gi en tilbakemelding til melder. Er meldingen av en slik art at det er mulig eller nødvendig å iverksette tiltak straks, får melder beskjed om dette. Alvorlige meldinger som har eller kunne ført til alvorlig pasientskade, går videre til øverste leder som sender denne til klage- og skadeutvalget internt i

organisasjonen for behandling. Melder skal uansett ha en tilbakemelding om hvordan meldingen blir håndtert.

De andre meldingene, de som det er flest av og som er et nyttig verktøy i forbedringsarbeid for å øke pasientsikkerheten, skal behandles på lavest mulig nivå.

2.1.1 Data fra ulike undersøkelser og overordnede føringer

Årsmelding for skade- og klageutvalget, Helse Bergen (Anonym, 2009), viser til at det i internasjonale undersøkelser estimeres at ca.10% av alle somatiske pasientforløp medfører en uønsket hendelse. Det estimeres at 2000 pasienter dør hvert år i Norge som følge av feilbehandling og ufortsette hendinger. I tillegg blir ca. 15.000 pasienter varig skadet. Hver tiende pasient som er innlagt i norske sykehus er utsatt for en uønsket hendelse. Dette tilsvarer kostnader på 2 milliarder hvert år. Norsk pasientskadeerstatning utbetalte i 2008, nær 600 millioner til pasienter som har vært feilbehandlet (Flåte og Jørstad, 2009).

I rapport fra helsetilsynet september 2008 er det foretatt en oppsummering av meldte, uønskede hendelser til den sentrale meldesentralen, årene 2001-2007. Dette er en sentral database for de meldinger på landsbasis, som er av mer alvorlig karakter, og som er meldepliktige. Her meldes det som er definert som meldepliktig i §3-3 i lov om spesialisthelsetjeneste (omsorgsdepartementet, 1999)

- Betydelig personalskade i samband med yting av helsetjeneste eller mangel av yting av helsetjeneste
- Hending som kunne ført til betydelig skade
- Betydelig skade på pasient som en medpasient har gjort seg skuldig i
- Unaturlig dødsfall

Det var i perioden 2001-2007 meldt 13136 uønskede hendelser, hvorav 10 % var unaturlige dødsfall og 52 % var hendelser som kunne ført til betydelig

personskade. Helse Vest hadde den laveste meldefrekvensen, målt pr. 10.000 døgnopphold (8/10.000 døgnopphold). Det er store forskjeller på landsbasis.

Ulik litteratur viser at det som meldes som regel er "toppen av isfjellet", og at faktiske hendelser som skulle vært meldt, er betydelig større (Olsen, 2007). I 2008, første hele året etter oppstart av det elektroniske verktøyet, var det totalt 6337 meldinger hvorav 18% var kategorisert som pasientrelatert. Det viser en økning i antall meldinger totalt, men ikke nødvendigvis i antall pasientrelaterte meldinger.

I 2009 var det registrert 1391 uønskede hendelser, kategorisert som pasientrelaterte i databasen til Helse-Bergen, av i alt 8699 registrerte hendelser. Dette tilsvarer ca. 16% av det totale.

Helse-Bergen har i overkant av 113.000 innleggelser i 2009 (Kilde: Klinikkbarometeret, Helse Bergen). I følge internasjonale undersøkelser ville 10 % av disse bli påført en skade eller uønsket hendelse. Helse-Bergen skulle da hatt 11.300 pasientrelaterte, meldte hendelser (her er det kun tatt med tall på pasienter som er innlagt).

Å jobbe med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men være en integrert del av tjenestene. Det er ikke noe vi gjør når arbeidsdagen er slutt eller når vi ser at vi har tid til det. Dette underbygges av den Nasjonale strategien om kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten "...og bedre skal det bli" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Innholdet i strategien er satsningsområder frem mot 2015. Satsningsområdene blir lagt inn som føringer i styringsdokumentet til helseforetakene. Styringsdokumentet kommer fra de regionale helseforetakene hvert år.

I styringsdokumentet, til Helse Bergen 2008, er pasientsikkerhet fremhevet som et satsingsområde: "God kvalitet innebærer at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum. Det krever både gode meldesystemer som sikrer at hendelsene blir registrert og brukt i

læringssammenheng, og en trygghetskultur som gjør at ansatte melder fra om uønskede hendelser”. (Styringsdokumentet for 2008 fra Helse-Vest)

Dette gjenspeiles også i mandatet til det interne skade- og klageutvalget i Helse-Bergen:

”Utvalet skal vere ein medspelar for einingane i det systematiske arbeidet for pasienttryggleik. Utvalet handsamar utvalde meldingar om uønskete hendingar og klagesaker, og kvar eining får ein tilbakemelding i form av vedtak frå utvalet”. Som tidligere nevnt er dette de meldingene som er av mer alvorlig karakter og som sendes videre i systemet for behandling.

2.2 Meldefrekvens

Figur 2: meldefrekvens



Kilde rapportsystemet Synergi

Denne tabellen er hentet fra rapportgeneratoren i det elektroniske meldesystemet. Tabellen er fra en avdeling, og det kan synes som at meldefrekvensen har økt betraktelig det første halvåret 2009. Tolkes derimot data, med utgangspunkt i organisasjonens historie og hva som er meldt, har denne økningen sammenheng med en større omorganisering, som resulterte i mye uro og misnøye. Det gjorde at mange av meldingene ble kategorisert som meldinger innen helse, miljø og sikkerhet. Et annet moment er at det i perioden

med økt meldefrekvens var et betydelig fokus på uønskede hendelser, fordi det i avdelingen pågikk et prosjekt som fokuserte på legemiddelhåndtering og melding av feil. Dette førte til ekstra oppmerksomhet rundt meldinger.

Meldesystemet er et informasjonsverktøy ledere og ansatte skal benytte for å analysere meldingene og iverksette tiltak for å unngå nye uønskede hendelser. Ansatte må oppleve at meldingene blir håndtert seriøst, og at det skjer noe i etterkant. Hvis ikke mister de tiltro til systemet. (Reason, 1998). Leape (Leape m.fl., 2009) mente at uønskede hendelser burde være en del av rapporteringssystemet på lik linje med økonomidata, aktivitetsdata og andre styringsdata ledere benytter. Det ville gitt arbeidet mer legitimitet enn det har i dag.

3 Teori:

I teoridelen vil jeg presentere noen utvalgte teorier som kan danne en referanseramme for fortolkning av resultatene.

3.1 Definisjon av noen sentrale begreper

3.1.1 Uønskede hendelser:

I årsrapporten til skade- og klageutvalget i Helse-Bergen i 2008, er en uønsket hendelse definert som "en hending som ikke skuldast pasientens sjukdom , og som samtidig representerer et konkret forbedringspotensial for helsetenesta". I oppgaven benytter jeg begrepet meldinger, som representerer en meldt uønsket hendelse.

3.1.2 Kvalitet

Kvalitet kan defineres på ulike måter. En omfattende definisjon er WHO sin definisjon på kvalitet i heletjenesten:

WHO (World Health Organization) har skissert fem hovedområder man må måle på for å kunne vurdere kvaliteten av klinisk virksomhet:

- Høy faglig standard – oppfylle kriterier til god klinisk praksis
- Få skader og bivirkninger – ikke utsette pasienten for unødvendig risiko
- God tilgjengelighet og kontinuitet – at tjenestene er der når vi trenger den
- Høy brukertilfredshet – at pasienten opplever respekt og delaktighet
- God ressursutnyttelse – at behandlingen skjer uten unødvendig venting, er godt organisert og planlagt

Målene i definisjonen er ambisiøse. For å oppnå disse målene er det viktig å drive systematisk datasamling i helsetjenesten.

I Helse Vest sitt dokument om "kvalitetssatsinga i Helse Vest" er kvalitet definert som:

"Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskaper og ressursrammer".

Det er i Helse Vest utarbeidet en veileder for ledere som skal arbeide med risikostyring.

Risiko defineres som muligheten for at det skal oppstå en situasjon eller inntreffe en hendelse som påvirker virksomhetens måloppnåelse på en negativ måte.

I den samme veilederen defineres **sikkerhet** som, i hvor stor grad en risiko er redusert.

Risikostyring er en prosess for å kunne identifisere, vurdere, håndtere og følge opp risiko. Slike prosesser skal benyttes i forhold til uønskede hendelser. Den overordnede risikostyringen er definert som risikostyring i forhold til styringskrav

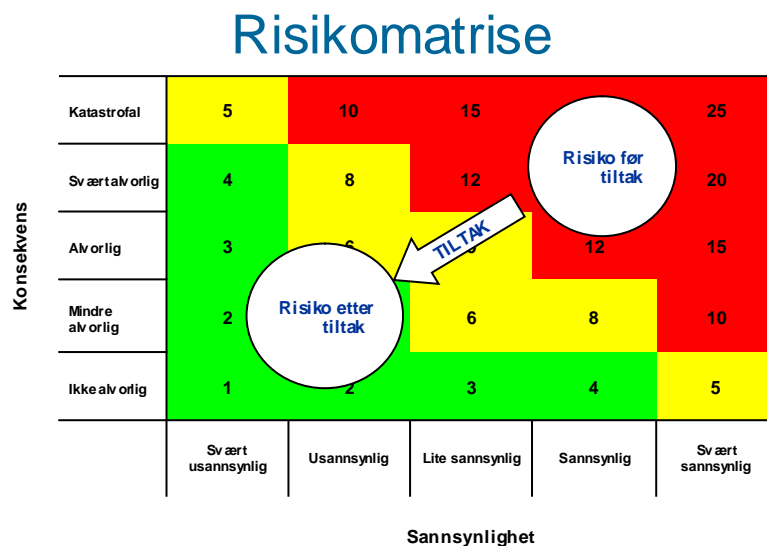
og overordnede mål. Den operative risikostyringen er knyttet opp mot den daglige aktivitet.

I denne oppgaven er den operative risikostyringen relevant. En uønsket hendelse skal vurderes ut fra risikoen for at en hendelse kan oppstå igjen, og hvilke konsekvenser det kan få om dette inntreffer. I litteraturen fremheves dette som et viktigste tiltak i sikkerhetsarbeidet (Olsen, 2009). Det skal foretas en risikovurdering. Ved å foreta slike vurderinger er det mulig å estimere sannsynligheten for at en hendelse kan oppstå, hvor store konsekvenser hendelsen kan få for pasienter og om risikoen er så alvorlig at det må settes i gang tiltak straks.

Risikomatrisen er ment å være et hjelpemiddel i definisjonen av alvorlighetsgraden av en hendelse. Den skal være et hjelpemiddel for leder til å prioritere og kan være et pedagogisk verktøy i diskusjon med de ansatte når uønskede hendelser skal vurderes og diskuteres.

Mottar leder en melding i Synergi, for eksempel feil i håndtering av legemidler, skal meldingen kategoriseres og risikovurderes. Blir meldingen vurdert som så alvorlig at den kommer på rød sone, må det iverksettes tiltak straks. Det kan være å organisere medikamentene annerledes i medisinerommet. Meldingen kan og være at en pasient nesten fikk feil medisin, men at det ble oppdaget før medisinen ble gitt. En slik hendelse kan være en grønn hendelse. Leder må være oppmerksom på at slikt skjer, men med mindre det kommer mange meldinger innen samme kategori, er det ikke prioritert å iverksette tiltak.

Figur 3: Mal for risikostyring, Helse Vest



Kilde: Mal for risikostyring, Helse vest

Figur 4: Mal for risikostyring, Helse Vest

Risikokategorier

	Uakseptabel Risikoreduserende tiltak påkrevd
	Signifikant risiko ("ALARP")* Risikoreduserende tiltak iverksettes hvis praktisk og økonomisk mulig
	Ingen signifikant risiko Risikoreduserende tiltak ikke påkrevd
*ALARP (As Low As Reasonable Practical): Risikoen tolereres dersom ytterligere risikoreduksjon ikke er mulig eller hvis kostnaden ikke står i forhold til gevinsten ("kost/nytte-prinsippet")	

3.2 Motivasjonsteorier

Motivasjon defineres i psykologien som psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder adferd (Haukedal, 2005).

I organisasjonssammenheng er vi interessert i resultatet av motivasjonen, for å skape resultater og verdiskapning. Motivasjon er de faktorer som vekker, kanalisere og vedlikeholder adferd hos et individ mot et mål. Motivasjonen bør ha en retning som sammenfaller med organisasjonens mål.

Det er i teorien ulike måter å inndelege motivasjon på. Tradisjonelt er teorier inndelt i innholdsteorier, der A.Maslows behovsteori er et eksempel, og prosess-teorier som kan eksemplifiseres med målsettingsteori, der Edwin Locke (Locke og Latham, 1990) er en av de markante teoretikerne. Teoriene kan og deles inn i indre eller ytre motivasjon. Ytre motivasjon kan dreie seg om belønning og der arbeidet i seg selv kan være belønningen. Indre motivasjon er den motivasjonen som ligger i selve arbeidsutførelsen, og denne formen for motivasjon er egnet til å fremme kompetanse og selvregulering tilpasset omgivelsene (Deci og Ryan, 1985).

Mats Alvesson (Alvesson og Sveningsson, 2007) hevder at motivasjonsteorier kan sammenfattes i tre hovedgrupper. De som fokuserer på indre motivasjon, de som motiveres av det instrumentelle fokus og sist men ikke minst de som hevder at motivasjon oppstår i et samspill mellom individ og omgivelsene. I min fremstilling benytter jeg denne inndelingen.

3.2.1 Instrumentell motivasjon:

I denne gruppen dominerer individets fokus på belønning og straff.

Omgivelsene kan motivere individet ved å sette inn de rette insitamentene. Lønn kan være et virkemiddel for å motivere, mens det å redusere faren for represalier kan være en annen motivasjonsfaktor.

Vroom (Schein, 1993) introduserte i 1964 forventningsteorien som viktig for individets motivasjon. Graden av motivasjon for å utføre en oppgave er

avhengig av individets forventninger til hvilken verdi det har å nå det oppsatte mål, hvor realistisk dette oppfattes å være og om det å utføre oppgaven fører til en belønning. Teorien retter seg primært mot individnivå.

I 1982 introduserte Bandura et nytt begrep innen motivasjonsteorien, self-efficacy, som kan oversettes til egen mestringsevne (Bandura, 1982). Bandura definerer self-efficacy som individets egen vurdering av "how well one can execute courses of action required to deal with in prospective situations". Opplevelsen av mestringsevne og tro på egen kompetanse påvirker individets respons på feedback. Individer med stor tiltro til egne evner reagerer bedre på negativ feedback ved å øke innsatsen, enn de med lav tro på egne evner. De kan tvert imot oppleve negativ feedback som at det ikke nytter.

Locke og Latham (Locke og Latham, 1990) gjennomgikk nær 400 studier som viste at det å sette ambisiøse (store) og utfordrende mål for en oppgave virket mer motiverende på ansatte og førte i større grad til oppfyllelse av målene enn spesifikke, enkle og små mål, i kategorien "gjør det beste dere kan" mål, gjorde. Funnene viste det samme både på individ- og gruppenivå. For at målene skal bli oppnådd må det være reell forpliktelse i gruppen eller hos individet, og en tro på at målet er mulig å nå. I tillegg vil, i følge Bandura, individets egenvurdering av muligheten til å nå målet påvirke graden av forpliktelse den enkelte har til målet. Denne henger nøye sammen med individets opplevelse av egen mestringsevne.

Locke og Latham undersøkte om det påvirket forpliktelsen til å nå målet, om det var utformet av de ansatte selv, eller av andre. Det viste seg å ikke ha noen betydning. Årsaken, mener forskerne, ligger i at mål gitt av andre:

- Som regel er gitt av en leder legitimert som en autoritet
- Det å få et oppdrag av en leder er et tegn på tillit til at de har evner og kompetanse til å nå målet, og det øker selvtilliten til de ansatte.

- De ansatte ser målene som utfordrende hvis de er "store" nok
- Mål definerer en standard

Locke har med utgangspunkt i ulike teorier, (Locke og Latham, 1990) utviklet en modell der de ser på sammenhengen mellom *assigned goals* (pålagte mål), *self-efficacy* (oppfattelsen av mestringsevne), *personal goals* (personlige mål) og *performance* (utførelse av selve oppgaven). Pålagte mål påvirker individets personlige mål. Dette øker individets tro på å kunne mestre oppgaven og at de innehar den nødvendige kompetansen til å nå målet. Modellen inkluderer både instrumentell og indre motivasjon.

Forskerne hevder videre at mål bare er effektive når det er forbundet med tilbakemelding fra leder. Individet må ha et mål eller en standard å strekke seg etter for å oppleve at feedback har betydning. Uten mål vil ikke feedback oppleves som relevant i forhold til oppgaven.

Feedback er det Spurkeland hevder er "ferskevarer", og skal følge umiddelbart etter handling (Spurkeland, 1998). Det hevdes og at feedback skal relateres til kvaliteten av prestasjonen fremfor kvantiteten med den begrunnelse at fokus ellers kan dreie seg mot "mest mulig" fremfor "best mulig". Det er ikke alltid praktisk mulig å gjennomføre tilbakemeldinger umiddelbart, fordi oppgaven kan være av mer langsiktig karakter. Delmål gir mulighet til å gi feedback underveis.

Etter min erfaring identifiserer sykepleiere seg med gruppen de jobber med og har et kollektivt perspektiv på jobbsituasjonen i motsetning til legene som er mer autonome i sin jobbutførelse. Dette får konsekvenser for hvordan yrkesgrupper forholder seg til det å melde, og hvordan de ønsker å få tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger fra leder er viktig og vesentlig, men tilbakemeldingen fra den uformelle gruppen sykepleieren er medlem av kan være like viktig.

3.2.2 Interaktiv motivasjon:

I denne gruppen vektlegges den sosiale dimensjonen for motivasjon. Det handler om individet relatert til gruppen. Det pekes på tre interaktive motivasjonsfaktorer. En er de normer som råder innenfor gruppen, profesjonen, organisasjonsenheten. Normer angir standarder og idealer for hvilken adferd som er forventet i organisasjonen. Det viktigste for individer med dette fokus vil være å gjøre som de andre – ikke avvike.

En annen dimensjon er lojalitet og vilje til å stille opp, det spørres hva den enkelte får igjen for en innsats. Begrepet psykologisk kontrakt innebærer at det til en hver tid finnes et sett med uskrevne forventninger mellom medlemmene av en organisasjon. Blir forventningene oppfylt, det kan være så konkret som lønn, eller at det er gjensidig respekt mellom leder og ansatt, så er den ansatte villig til å strekke seg lenger for organisasjonen enn om forventningene ikke blir oppfylt (Schein, 1993).

Den tredje dimensjonen handler om identitet, i arbeidslivet oftest som en del av en gruppe eller en organisasjon. Dette igjen impliserer et sett med handlinger. "Vi" er en viktig kategori som individet ofte identifiserer seg med på en arbeidsplass.

Yrke og organisasjon påvirker identiteten. Identitet er like mye en prosess som en stabil egenskap (Irgens, 2007). Sykepleiere, på lik linje med leger, har sterk yrkesidentitet. Sykepleiere er i stor grad opptatt av de sosiale relasjonene i arbeidssituasjonen, og er dyktige til å etablere arenaer der også det sosiale er av betydning.

3.2.3 Indre motivasjon:

Dette er det individorienterte perspektivet. Individets indre behov og drivkraft står sentralt.

Abraham Harold Maslow er opphavsmann til den mest kjente motivasjonsteorien kalt behovshierarkiet. Maslow hevder at et hvert individ søker å realisere sitt unike potensiale for å bli til alt det de er i stand til, samtidig

som de blir autonome i sin væremåte, og sin handlingsmåte (Deci og Ryan, 1985).

Utgangspunktet er en antagelse om at mennesket har et sett med grunnleggende og allmenngyldige behov som individet forsøker å dekke. De ulike trinnene er:

1. Fysiske behov
2. Sikkerhet
3. Sosiale behov
4. Påskjønnelse
5. Selvrealisering

Disse er bygget opp i et hierarki, og behovet i det første trinnet må være dekket før mennesket vil være opptatt av å dekke behovet i neste trinn. Andre trinn i behovshierarkiet dreier seg om behovet for trygghet og sikkerhet, der dette er definert som stabilitet og orden, beskyttelse mot vær og vind, smerter og annet ubehag og fravær av angst og frykt.

Sikkerhet eller trygghet, i følge Maslows teori, dreier seg om sannsynligheten for at en uønsket situasjon kan oppstå. Begrepet er knyttet til risiko, hendelse, frekvens og konsekvens. Kritikere til Maslows behovsteori hevder at den er for mekanisk og at mennesket kan ha behov for å få dekket et behov som ligger høyere i hierarkiet enn for eksempel sikkerhet, til tross for at dette lavere behovet ikke er dekket. Behov er dessuten komplekse og endres over tid. For eksempel kan behovet for selvrealisering komme mye høyere på rangstigen enn behovet for sikkerhet hos enkelte mennesker. Maslows teori er en holistisk måte å betrakte menneskets behov på og kan være en rettesnor for ledere i å håndtere personalet.

Et supplement til Maslows teori er McClellands behovsteori (McClelland og Burnham, 1976). I teorien hevder han at menneskets motivasjon kan deles inn i

tre hovedtyper: maktbehovet, prestasjonsbehovet og kontaktbehovet. Behovene er plassert langs et kontinuum og ikke i et hierarki som Maslow.

Han hevder at personer med et stort prestasjonsbehov er mest bekvem i situasjoner der individet er personlig ansvarlig for å løse et problem, mens et individ med stort kontaktbehov er avhengig av å ha mennesker rundt seg og ha nær omgang med andre.

Instrumentell, interaktiv og indre motivasjon kan ses hver for seg eller i en sammenheng. Det er en vekselvirkning og også en motsetning mellom de ulike gruppene, og hovedvekt på en gruppe kan redusere betydningen av en annen. Hva du motiveres av er drivkraften til individet

De fleste mennesker motiveres av ulike faktorer avhengig av den kontekst de befinner seg i. Ledere vil måtte jobbe ulikt med de tre hovedgruppene, og ulike elementer må bli forskjellig vektlagt, avhengig av bransjen vi snakker om. I jobbsammenheng vil vi finne alle typer av medarbeidere og ledere. Det viktige er å ha kjennskap til at kilden for motivasjon alltid er i et interaktivt samspill med hverandre.

3.3 Utvalgte teorier om kultur.

3.3.1 Organisasjonskultur

Å jobbe med endringer i en organisasjon innebærer også å jobbe med kulturen. Kulturen angir de allmenne kodene for hvordan vi forstår ting, hendelser og symboluttrykk og også de viktigste anvisningene om hvordan vi skal innrette organisasjoner. Ledelse defineres inn som en del av kulturbegrepet og er et uttrykk for hvordan ledelse rettferdiggjøres og oppfattes.

Det er to skoler innen litteraturen når det gjelder organisasjonskultur (Schein, 1993):

- kultur er noe organisasjonen er (kultur betraktes som en metafor for å beskrive en organisasjon og kan ikke løsrives fra selve organisasjonen).

- kultur er noe organisasjonen har (variabler i organisasjonen som kan bli isolert, beskrevet og manipulert).

I det første tilfellet, hvis kultur er noe organisasjonen er, kan det være vanskelig å oppnå endringer, mens i forhold til den andre retningen er muligheten større, mest fordi abstraksjonsnivået er mindre.

For å søke å endre retning på en kultur i en organisasjon, betyr det at leder må jobbe, både med å avlære gammel adferd og å lære ansatte hva som er forventet. Dette kan potensielt øke usikkerhet og motstand hos de ansatte, fordi de kan oppleve endringene som en trussel; noe kjent blir tatt fra de og dette skal erstattes av noe de ikke vet hva er. For å lykkes med endringer som utfordrer kulturen er et trygt arbeidsmiljø en forutsetning og leders rolle er helt avgjørende (Schein, 1993).

Organisasjoner er komplekse systemer og kulturen i organisasjonen kan være vanskelig å "få øye på". Henning Bang påpeker i sin definisjon av organisasjonskultur tre kjerneelementer – verdier, normer og virkelighetsoppfatning: "organisasjonskultur er de sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og med omgivelsene"(Bang, 1995).

3.3.2 Sikkerhetskultur:

Sikkerhetskultur er en teoretisk retning som har sitt utspring i å analysere de store katastrofene, som katastrofen i Tsjernobyl, og å arbeide med organisasjoner, for å analysere hva som skal til for å etablere en god sikkerhetskultur. Målet er å forstå årsakene til uønskede hendelser og forebygging av disse. En god sikkerhetskultur må reflektere og inneholde minst disse fire elementene, i følge (Pidgeon og O'Leary, 2000):

1. Engasjement hva gjelder sikkerhet må komme fra toppledelsen, Forankring i ledelsen er avgjørende i organisasjonen om det skal være mulig å jobbe systematisk med uønskede hendelser
2. Delt bekymring og oppmerksomhet angående risiko/fare og omsorg for hvordan det påvirker individer. Det er en kjent og delt visjon og målsetting i organisasjonen at feil skal reduseres, for å ivareta sikkerheten til pasientene og de ansatte.
3. Realistiske og fleksible normer og regler angående risiko, det er menneskelig å feile, men det er systemet som svikter
4. Kontinuerlig refleksjon rundt monitorering, analyse og et godt tilbakemeldingssystem (organisasjonslæring)

Med unntak av forankring i toppledelsen, som jeg tror er helt vesentlige, er det mange av de samme resultatene James Reason har funnet ved å undersøke svakheter i sikkerhetskulturen i ulike organisasjoner opp mot uønskede hendelser (Reason, 1998). Han understreker viktigheten av å se på organisasjonsfaktorer når man vurderer uønskede hendelser. Han hevder at det er to tilnærminger å velge mellom når en hendelse skal vurderes. En tilnærming er personfokus, å finne ut hvem som har gjort feil og beskyldte vedkommende for å ha vært glemsom, uoppmerksom eller ikke er moralsk nok. Den andre tilnærmingen er systemfokus der det viktige er å analysere forholdene i organisasjonen for å forhindre at det samme skjer igjen. Han har i sine studier identifisert fire faktorer som han mener må være til stede i organisasjonen for å etablere en god sikkerhetskultur:

1. En kultur for å rapportere hendelser fordi de ansatte ser verdien av å rapportere
2. En rettfærdig kultur, som definerer et skille mellom det som kun skyldes menneskelig feil og det som er systemfeil
3. En fleksibel kultur som aksepterer at mennesker gjør feil og som trener de ansatte i å oppdage disse ved å utstyre de med de nødvendige verktøy

4. En lærende kultur, som systematisk lærer av de feil som gjøres og bruker denne kunnskapen systematisk

3.4 Utvalgte teorier om endringsledelse.

I mye av litteraturen som omhandler kultur, motivasjon og endringer er leders rolle pekt på som vesentlig. Ulike endringer krever ulik tilnærming fra leders side, men ledelsesmekanismene bak endring er de samme enten du ønsker å gjennomføre en større eller mindre organisasjonsendring.

I boken til Hennestad og Revang skiller forfatterne mellom begrepene organisasjonsendring, som er en forandring av virksomheten, og organisasjonsutvikling er en endring i virksomheten (Bates 1994). Begrepet organisasjonsutvikling blir brukt i oppgaven som betegnelse på den endring det er å innføre et nytt meldesystem i en organisasjon. Organisasjonsutvikling er en forbedring av det bestående. Det betyr å forbedre delelementer i organisasjonen innen rammen av dagens forståelse.

3.4.1 Hva er endringsledelse?

Hennestad og Revang hevder at en organisasjon er karakterisert av sin væremåte (Hennestad m.fl., 2006). Den takler utfordringer og måten å løse disse på i lys av den virkeligheten de lever i. Endringsledelse er å reorganisere organisasjonens utvekslingsprosesser.

Eccles hevder at det handler om å gå fra gammel og etablert praksis og i ny ønsket retning (Eccles, 1994):

- Endringsledelse er å realisere intensjoner for fremtiden
- Endringsledelse er å implementere nye ideer i hverdagsvirkeligheten

Likeledes poengterer han at det ikke er mulig å gjennomføre en styrt endring som ikke har utgangspunkt i en forankring. Det er en forutsetning at toppledelsen selv støtter opp om, deltar i utformingen av endringen og deltar i å

drive organisasjonen i ønsket retning hvis endringen skal få legitimitet (Reason, 1998, Pidgeon og O'Leary, 2000).

3.4.2 Ledelsesutfordring

Kunnskaps- og serviceorganisasjoner er virksomheter som i stor grad skaper verdier gjennom tilføring av kunnskap. Disse forvalter ansatte med høy kompetanse, og kjennetegnes av ansatte med stor grad av autonomi og selvstendighet, (Haukedal, 2005).

Å drive endringsarbeid i kompetanseorganisasjoner er en utfordring, spesielt i helsevesenet der profesjonene er dominerende. Ikke minst legene er en sterk profesjon, men og sykepleierne dominerer med sin kultur og sin etter hvert økende bevissthet på egen verdi. Det stiller ledelse i slike organisasjoner overfor store utfordringer, selv ved innføring av mindre endringer. Det profesjonelle intellekt kan deles inn i 4 nivåer (Quinn m.fl., 1996):

1. Kognitiv kunnskap, basiskunnskap for en profesjon gjennom trening og sertifisering.
2. Avanserte ferdigheter, profesjonens kunnskap konvertert til ferdigheter i praksis (pasient/helsearbeider).
3. Systemkunnskap, evnen til å se virksomheten som del av et større nettverk, innsikt i årsak og virkningskompleksene.
4. Egenmotivert kreativitet, vilje, motivasjon, tilpasningsevne som forutsetning for nytenkning.

Tradisjonelt bruker profesjoner mye tid og energi på å utvikle de to første nivåene. Nivå 3 og 4 er det ofte lite kunnskap om og ikke minst liten interesse for (Quinn m.fl., 1996).

Stjernø hevder at endringer og reformer må skje i respekt for at det er to spesifikke trekk ved profesjonsutdanningene – deres nærhet til praksis og deres orientering mot klient- og pasientbehov (Stjernø, 1996). I en endringssituasjon kan de ansatte oppleve et motsetningsforholdet mellom teori og praksis, der det

er et gap mellom det de oppfatter som nødvendig, og det organisasjonen oppfatter er viktig.

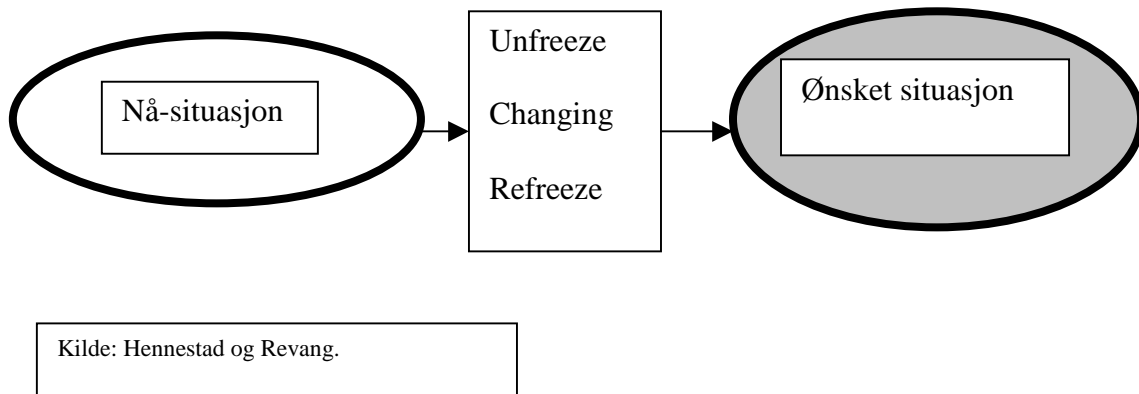
Det er derfor viktig å sannsynliggjøre for de ansatte at det er behov for endring. For at de ulike profesjonene skal erkjenne behovet for at det er viktig og nyttig å melde uønskede hendelser må det knyttes opp mot deres hverdag og det de er oppfatt av (Quinn m.fl., 1996).

3.4.3 Teoretiske modeller for endring

Det er utviklet ulike modeller for hvordan en endring skal gjennomføres. Hennestad hevder at Lewins trefasemodell er opphavet til en "main stream" endringslitteratur som på ulike måter beskriver, at gjennomføring av endringer innebærer ulike steg (Hennestad, 2009).

Lewin så på forandring som resultat av dynamikken mellom de som driver en forandring og de som motsetter seg forandring. Den *første fasen* (unfreeze) er preget av at ansatte stiller spørsmål rundt det kjente, men erkjenner behovet for forandring. I *andre fasen* (changing) prøves ulike alternative løsninger ut, vurderes, aksepteres eller forkastes. I den *tredje fasen* (refreeze) er det tid for å bli enige om at løsningen er funnet og denne skal implementeres i organisasjonen, i strukturer, prosedyrer og samhandlingsmønstre. Før prosessen kommer så langt er det nødvendig å danne et bilde av ønsket mål, hva vil vi med endringen. Dette bildet kan visualiseres enkelt. Modellen er blitt kritisert for å være for enkel og statisk, og for at det ikke ligger en mekanisme for feedback i modellen (Palmer og Dunford, 2008). Modellen kritiseres også fordi stabilitet og forutsigbarhet har endret seg i organisasjonene. Men den gir intuitivt et bilde av hva en endring innebærer. Ikke minst at en reel forandring innebærer en erkjennelse om at for å vite hvor du skal, må du kjenne til hvor du står.

Figur 5, Lewin sin modell for endring,



For å komplementere modellen til Lewis, vil jeg og benytte en annen teoretiker, John P Kotter, som har utviklet 8 nøkkelfaktorer som må til for å gjennomføre en vellykket endringsprosess. Nøkkelfaktorene er som følger:

1. Etablere en følelse og forståelse av nødvendighet av endringen
2. Skape en koalisjon av ansvarlige leder for å få ting til å skje. Da er det i følge Kotter viktig at en slik koalisjon består av de rette personene, som kan skape tillit hos ansatte og utvikle felles mål
3. Utvikle en god visjon som kjennetegnes ved å være ønskelig, tenkelig, gjørlig, fokusert, fleksibel og ikke minst kommuniserbar
4. Kommunisere forandringsvisjonen gjennom mange kanaler for løpende formidling og påvirkning
5. Gi kraft og bemyndigelse til bred medvirkning
6. Skape kortsiktige gevinster
7. Konsolidere gevinstene og fortsette endringsarbeidet
8. Forankre nye arbeidsformer i organisasjonens kultur

(Kotter, 1996)

De fire første faktorene vil hjelpe å løse nåværende situasjon. De tre neste nøkkelfaktorene introduserer nye måter å håndtere virkeligheten på og den siste fasen forankrer endringen i organisasjonen. Dette korresponderer med fasene i Lewins modell.

3.5 Utvalgte læringsteorier

Organisasjonslæring er et viktig element for å drive systematisk læring av uønskede hendelser. Organisasjonslæring er mer enn summen av det individene i organisasjonen kan, og skaper en organisasjon med hukommelse som ikke taper kunnskapen når ansatte forlater organisasjonen (Donaldson, 2002)

I en større undersøkelse i regi av Harvard Business School i 2002, kartla forskere hvordan sykepleiere som frontpersonell løste problemer. Sykepleierne benyttet seg av en førsteordens problemløsning. Det vil si at om en sykepleier oppfatter et problem, løste de det der og da, rapporterte det ikke og reflekterte ikke over om det var mer dyptgripende årsaker til at problemet oppstod. De kommuniserte det heller ikke til andre. I de tilfellene de vidererapporterte problemet ble det som oftest bagatellisert av leder, og sykepleier fikk beskjed om å ordne opp selv.

I konklusjonen etter undersøkelsen, som var en observasjonsstudie kombinert med intervju blant ansatte, heter det at analysen av de kvalitative data, viser at måten sykepleiere løser problemer på reduserer organisasjonens evne til å finne de dypere liggende årsakene til problemet, som ville være andreordens problemløsning. Derved er det ikke mulig å iverksette tiltak for å unngå at problemet dukker opp igjen. Det skjer ingen endring (Tucker og Edmondson, 2002).

Chris Argyris og Donald Schön utviklet teorien om "singleloop learning og double-loop learning", som er to forskjellige tilnærminger for en organisasjon når denne skal håndtere feil (Argyris og Schön, 1978). Ved enkelkretslæring vil en feil som blir oppdaget, ikke føre til korreksjoner i en organisasjons adferd.

Slik læring virker som en termostat, hevder de, de ansatte oppdager om det er for varmt eller kaldt, og agerer deretter. De hevder at denne form for læring forekommer når medlemmene i en organisasjon tar mål, verdier, rammer og strategier blir tatt for gitt.

Ved dobbelkrets læring skjer det motsatte. Det stilles spørsmål ved hendelsen og ved adferden i organisasjonen, som blir korrigert på en måte som involverer normer, politikk og hvordan saker blir håndtert.

Ulike kritikere har kritisert teorien, blant annet fordi det blir for teoretisk og lite anvendbart i arbeidslivet, fordi det er for komplekst (Eraut, 1994).

4 Problemstilling

På denne bakgrunn ønsker jeg i oppgaven å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med å melde uønskede hendelser. Tall fra rapportsystemet Synergi, tilsier at meldefrekvensen varierer mye. Sykepleierne står for de fleste meldingene i avdelingen, men meldingene omhandler i stor grad arbeidsforhold, og i mindre grad pasientrelaterte hendelser.

Før undersøkelsen diskuterte jeg problemstillingen uformelt både med ledere og sykepleiere som jobber pasienten nært. Etter disse uformelle diskusjonene satt jeg igjen med mange spørsmål som jeg ønsket å forske på.

Problemstillingen er kompleks og omhandler ulike aspekter ved organisasjonen. Målsettingen med å registrere og bruke uønskede hendelser er primært å øke pasientsikkerheten. De elektroniske meldingene er et viktig virkemiddel for å arbeide med å øke pasientsikkerheten. Å vise til konkrete tall på meldinger er imidlertid ikke alene nok for å motivere ansatte til å melde. Like viktig er hvordan meldingene blir brukt i organisasjonen i etterkant.

Det er lederne i organisasjonen som må ha ansvaret for å implementere systemet og bruke det i systematisk arbeid. Lederne har og et ansvar for å motivere de ansatte til å melde og begrunne hvorfor dette er viktig.

Hvorfor melder ikke sykepleiere flere uønskede hendelser?

Ledelsen i den avdelingen jeg jobber har inntrykk av at vi ikke har oppnådd økt oppmerksomhet rundt pasientsikkerheten, til tross for innføringen av et nytt rapportsystem for å melde uønskede hendelser. Jeg vil undersøke hva årsaken kan være og stiller meg spørsmål om:

- Har lederne og arbeidstakerne nok kunnskaper til å se verdien av å melde uønskede hendelser?
- Er det organisatoriske forhold som er den bakenforliggende årsaken, eller ligger svaret i en kultur i klinikken?
- Vet sykepleierne at det er et satsingsområde fra toppledelsen i organisasjonen?
- Oppfatter de ansatte at lederne er motivert til å bruke rapportsystemet aktivt i arbeidet med pasientsikkerhet? Hvilke drivkrefter og motkrefter finnes i arbeidsmiljøet som påvirker holdninger til det å melde avvik?

5 Metode:

Undersøkelsen er ment å være en pilot før en mer omfattende undersøkelse innen tema pasientsikkerhet. Jeg ønsker å undersøke sykepleiernes egen erfaring med å melde uønskede hendelser og prøve å finne årsaken til at sykepleierne ikke melder mer enn de gjør. Det er deres subjektive syn på problemstillingen jeg er ute etter.

5.1 Valg av design og metode:

For å få svar på forskningsspørsmålet benytter jeg i oppgaven en kvalitativ metode. I tillegg har jeg benyttet rapportmodulen i det elektroniske meldesystemet for å kvantifisere både meldefrekvens, hvilken yrkesgruppe som melder og innen hvilken kategori det meldes.

Kvalitative metoder blir brukt i økende grad i helsevesenet. En kritikk til den kvalitative metoden har vært, at metoden ikke kvantifiserer og teller. Pope skriver at kvalitative metoder generelt dreier seg om samtaler og ord, men at dette ikke utelukker at metoden innebærer målinger, eller at den ikke er brukbar når det gjelder å forklare sosiale fenomener (Pope, 2006). Målingene i kvalitativ metode dreier seg som regel om taxonomy eller klassifisering. Kirsti Malterud støtter i sin bok om kvalitative metoder, at denne egner seg godt som forskningsstrategi, der hensikten er å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved det fenomenet som skal studeres (Malterud, 1996).

Den kvalitative datainnsamlingen er gjennomført som et fokusgruppeintervju med respondenter fra egen klinikk. Fordelen med å benytte fokusgruppe i forhold til den problemstillingen jeg ønsker svar på er muligheten for "gaining insights into people's shared understanding of everyday life, and the ways in which individuals are influenced by others in groupsituations" (Gibbs, 1997)

Hensikten med intervjuet er å utforske respondentenes holdninger til, følelser for, erfaringer med og kunnskaper om et emne. Selve ideen bak fokusgruppeintervjuet er at gruppeprosessen kan hjelpe respondentene til å klargjøre og utdype egne meninger (Kitzinger, 2006). Et fokusgruppeintervju kan også få frem dimensjoner som andre metoder ikke ville oppnå, som et eksempel nevner Kitzinger kulturen i en organisasjon.

Gruppeprosessen er en dynamisk prosess, der gruppemedlemmene svarer på – og kan bli influert av ideene og kommentarene av de andre gruppemedlemmene. Interaksjonen mellom gruppemedlemmene er derfor vesentlig for fokusgruppeintervju som metode, fordi utsagnene kan bli bekreftet, forsterket eller benektet i gruppediskusjonen.

En annen fordel ved å bruke fokusgruppe er at du innen kort tid får mye informasjon i forhold til aktuell problemstilling. Deltagerne kan oppleve dette som en velkjent situasjon som ligner mye på den arbeidssituasjonen de er i til vanlig.

5.2 Etiske betraktninger:

Det ble vurdert om det var aktuelt å søke REK (Regional etikk komite) for å gjennomføre studiet, men det ble ikke søkt. Dette er en ren kvalitetsstudie som ikke involverer persondata av noen art, der respondentene selv har gitt skriftlig samtykke i å delta og der de er informert om bruk av data. Respondentene er anonymisert i rapporten og i selve datamaterialet.

5.3 Utarbeidelse av spørsmål:

Før spørsmålene ble utformet hadde jeg uformelle diskusjoner med pleiegruppen i ulike sammenhenger for å få innblikk i hvilken oppfatning de hadde om mulige årsaker til at det ikke blir meldt uønskede hendelser. Det er sykepleierne selv som vet best hva problemet er, og de er derfor de viktigste premissgivere til hva som er viktig å få frem. Jeg diskuterte også tema med de høyskolestudenter som hadde praksisperioden sin i klinikken i denne perioden.

De betrakter organisasjonen med nye øyne, har ingen erfaring fra avdelingen og ikke noe eierforhold til problemstillingen.

Disse uformelle samtalene, kombinert med problemstillinger jeg selv ønsket å utdype med utgangspunkt i egen erfaring, dannet bakgrunn for utformingen av spørsmålene. Spørsmålene ble prøvd ut på noen ledere i organisasjonen for å kvalitetssikre at disse var relevante og dekket de viktigste områdene.

Tilbakemeldingen var at de var relevante og ikke minst interessante å få svar på.

Selve pilotundersøkelsen er en del av et større prosjekt, i samarbeid med Høyskolene i Bergen, som primært omhandler håndtering av legemidler. Hovedhensikten med spørsmålet var å velge et fokusområde de ansatte opplever som viktig å fokusere på. Ved å øke meldefrekvensen innen kategorien legemiddelhåndtering, bruke meldingene i forbedringssammenheng og ikke minst for organisasjonslæring, antok vi i prosjektgruppen at dette kunne ha en overføringsverdi til andre områder, slik at antall pasientrelaterte meldinger økt generelt.

Legemiddelhåndtering er et område der det er viktig å drive systematisk arbeid for å "rydde bort" uønskede hendelser. Det er en aktivitet med høyt risikopotensiale, der sjansen for å påføre pasienten alvorlig skade er stor. Det er krav både om kunnskaper, nøyaktighet og samarbeid mellom yrkesgruppene. Det er og en aktivitet som har spesiell oppmerksomhet i rapporteringen av uønskede hendelser fra den enkelte organisasjon. Denne problematikken vil ikke bli behandlet spesielt i oppgaven. Bare de generelle kommentarene som kom frem under dette punktet blir drøftet i sammenheng med resultatene for øvrig.

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet som følger i den endelige versjonen:

1. Hva vet dere om begrepet uønskede hendelser generelt?
2. Hva tror dere skal til for at de ansatte skal melde uønskede hendelser?

3. Systematisk registrering av uønskede hendelser er ment å føre til læring i organisasjonen. Hvordan skal vi få dette til? Hva er viktig å huske på?
4. Hvor viktig er leders engasjement?
5. Tror dere legemiddelhåndtering er et fokusområde som kan engasjere de ansatte?

5.4 Kvantitative data

For å verifisere noen av påstandene som kommer frem i intervjuet, fant jeg det hensiktsmessig å innhente kvantitative data fra det elektroniske meldesystemet Synergi. Det kan hentes ut ulike rapporter, alt fra meldefrekvens, saksbehandlingstid, hvem som melder (yrkesgruppe), hvilke saker de melder og andre data. Data kan hentes ut både på foretaksnivå og på den enkelte avdeling. Jeg har hentet ut data som blir presentert i oppgaven på den avdelingen fokusgruppeintervjuene er gjennomført. Disse data vil bli presentert som tabeller eller som grafisk fremstilt. Data vil bli behandlet og presentert der disse er relevant.

5.5 Metode for innsamling av data:

Avdelingen er en stor arbeidsplass, organisert i fem selvstendige avdelinger. En leder i hver avdeling valgte en sykepleier som skulle delta i intervjuet. Det er ulike kulturer i avdelingene. Holdninger til og meninger om melding av uønskede hendelser er forskjellig. Et av forskerspørsmålene i oppgaven er å utdype i hvor stor grad kultur er avgjørende for om sykepleiere melder uønskede hendelser eller ikke. Likeledes er spørsmålet om leders betydning for at det meldes sentralt.

Jeg ønsket å få data om mangfoldet i klinikken. Vi arbeider i store og komplekse systemer, og for å sitere Susan Burnett, NHS, foredragsholder på kvalitetskonferansen til helse Vest 2010, "det er forskjell på hva ledere tror skjer – og hva som virkelig skjer. Ved å vite hva som skjer, kan du vite hva som er galt".

Jeg hadde et ønske om å få en spredning i erfaring hos respondentene, spesielt fordi nyutdannede har med seg forbedringskunnskaper fra skolen, noe de mer erfarne sykepleierne ikke har. På den annen side har de erfarne sykepleierne vært deltagere, mer eller mindre aktivt, i det kvalitetsarbeidet som har utviklet seg i helsevesenet fra starten av 1990 og frem til i dag.

I gruppen var det derfor valgt ut sykepleiere med fartstid på 20 år og sykepleiere med bare 2 års erfaring. En fordel med et fokusgruppeintervju er at det er mulig å legge til rette for diskusjoner slik at respondenter som er åpne og har stor grad av selvtilit kan bidra til å støtte deltagere som er mer beskjedne. De aktive kan være "isbrytere" for de mer tilbakeholdne (Kitzinger, 2006).

Alle respondentene hadde underskrevet samtykkeerklæring til å delta i fokusgruppeintervjuet og var informert om at jeg ville bruke data i min masteroppgave. Intervjuet ble tatt opp på bånd.

Respondentene var informert om hvilket emne som skulle diskuteres.

Jeg utarbeidet en intervjuguide med 5 hovedspørsmål og tilleggsspørsmål til disse. Alle deltagerne i gruppen ble plassert rundt et bord med meg på enden. Deltagerne ble nummerert fra en til fem, og for hver gang de uttalte seg startet de med å si det tildelte nummeret. På den måten ønsket jeg å ivareta den enkeltes anonymitet.

Før vi startet båndet etablerte vi spilleregler i gruppen. Respondentene fikk forklart at spørsmålene var åpne og hensikten var å stimulere til diskusjon. Deltagerne skal snakke til hverandre og ikke til meg som intervjuer. Ingen svar eller spørsmål er feile, og det er lov å være uenige i gruppen, men ikke å kritisere hverandre. Siden intervjuet blir tatt opp på bånd, var det viktig ikke å snakke i munnen på hverandre, men det ble og åpnet opp for at det var lov å bli ivrige, og at intervjuer ville si fra om det ble for mye. Intervjuer ville og styre deltagerne, i den grad det var behov for det, for å holde fokus.

Før vi begynte intervjuet og startet båndopptakeren diskuterte vi min rolle. I denne sammenheng var rollen utelukkende intervjuer, at jeg håpet på åpenhet i gruppen, og at det den enkelte svarte ville bli innen gruppen.

Det deltok to assistenter under selve intervjuet, både for å observere hva som skjedde i gruppen, og for å være praktiske tilretteleggere i forhold til lydbånd og lignende. Også deres rolle ble avklart og akseptert av deltagerne.

5.6 Metode for analyse av data

Data ble transkribert av en kontoransatt som ikke kjenner noen av deltagerne, og derved ikke kan identifisere disse på stemmen.

Jeg analyserte data ved å ta utgangspunkt i et rammeverk, utviklet av National Centre for Social Research i England (Pope, 2006).

Denne prosessen er tidkrevende. Selv med ett intervju og bare fem respondenter akkumulerte det en mengde data.

Første fase er å gjøre seg kjent med rådataene. Jeg leste gjennom den skrevne teksten flere ganger for å finne nøkkelpunkter og aktuelle tema.

I neste fase identifiserte jeg tema og nummererte disse. Jeg hadde da en lang liste over ulike data som gjorde det mulig å gå til neste fase som er å omorganisere data ved å identifisere utsagn, ord og uttrykk som var brukt i intervjuet og som hørte inn under ulike definerte kategorier, som igjen ble nummerert for å kunne identifisere de.

Avslutningsvis raffinerte jeg kategoriene ytterligere for å komme frem til det jeg tolket som de viktigste tema i datafangsten, og som jeg kunne benytte videre som basis for analyse og diskusjon.

6 Resultater

En av antagelsene var at sykepleierne meldte flest uønskede hendelser. For å verifisere om dette stemte brukte jeg rapporter fra Synergi som differensierer meldingene på yrkesgrupper. Jeg regnet ut forholdstall ved å telle antall ansatte i avdelingen innen hver yrkesgruppe da hver ansatt har mulighet for å sende meldinger. Her er ikke tatt med innleide vikarer som kommer for å ta en vakt i blant. Det er ikke mulig å få tall på om noen ansatte melder flere ganger. Meldingene er tall over en to-årsperiode.

Figur 6: Forholdstall antall meldinger og yrkesgruppen som melder

Kirurgisk klinikk	Antall meldinger i 2008+2009	Antall ansatte i hver kategori	Antall meldinger pr. ansatt
Sykepleiere	584 meldinger	328	1,8
Ledere	35 meldinger	13	2,7
Leger	63 meldinger	86	0,7
Merkantilt personell	10 meldinger	24	0,4
Andre	59 meldinger	Utenom klinikken	
Totalt i 2008+2009	751 meldinger		

Kilde Synergi og personalsystemet internt i en enhet i Helse-Bergen

Avdelingen har hvert år ca. 13.000 innleggelser og hele Helse Bergen har i underkant av 113.000 innleggelser hvert år. Jeg har ikke tatt med polikliniske kontakter i tallene på pasientkontakter. Derimot har jeg inkludert sykepleiere som arbeider i poliklinikkene fordi de også håndterer inneliggende pasienter.

6.1 Presentasjon av respondentene

De fem sykepleierne kommer fra ulike avdelinger. De har forskjellig fartstid i organisasjonen, og har hver sin leder med sin lederadferd å forholde seg til. Hver avdeling er rimelig stor og har sin etablerte kultur. Det er og ulik turnover på avdelingene, noe som påvirker kontinuiteten.

Alle respondentene var kvinner. De ble i intervjuet referert til som nummer 1,2,3,4,5.

- Sykepleier en er 45 år, arbeidet på samme arbeidsplass i 15 år
- Sykepleier to er 30 år, arbeidet i avdelingen i 4 år
- Sykepleier tre er 26 år, arbeidet i avdelingen i 2 år
- Sykepleier fire er 54 år, arbeidet i avdelingen i 21 år.
- Sykepleier fem er 36 år, arbeidet i avdelingen i 6 år

6.2 Trygghet for å melde

Respondentene var mest opptatt av at det måtte være trygt å melde. Dette kom frem flere ganger under intervjuet. En av respondentene sier at trygghet er "alfa og omega" for å oppnå at de ansatte melder, selv om de ser at det er nødvendig å melde for å øke sikkerheten for pasienten. Hvis det er fare for at de selv opplever represalier, velger de å ikke melde fra om uønskede hendelser. De ønsker ikke at det skal bli mer "arbeid og ubehag" eller at det skal få "negative konsekvenser for en selv". De presiserer at det å melde krever en åpen og god kommunikasjon i avdelingen, både de ansatte imellom og ikke minst i forhold til leder. På direkte spørsmål om de var redd for represalier var et av svarene at "ja, redd for at det kan slå tilbake på en selv, at en får spørsmål om "var det du som meldte feil?" " Eller som en annen svarte "at du kan lage ris til egen rompe".

Ikke minst var de avhengige av en trygg atmosfære hvis de skulle melde feil som andre hadde gjort. Spesielt hvis det var snakk om en lege. Dette ble uttrykt ulikt i intervjuet som:

"Hvis en stadig melder på en yrkesgruppe så er jeg redd for miljøet på en måte, men så er det noe med etikken her". Eller som en annen sa "Men jeg ser jo

viktigheten av at hvis en har meldt avvik hver gang kan det jo hende at den yrkesgruppen, kort sagt leger, hadde fått bedre arbeidsvilkår hvis vi hadde meldt hver gang i forhold til det med legeyrket”.

En respondent uttalte at ”noen” hadde meldt en uønsket hendelse på en lege, og da fått et ”ubehagelig korrektiv” fra denne. Det vil si fra en arbeidskollega.

Respondentene var og opptatt av hvordan de kan lære av de avvik som skjer. ”Det å kunne diskutere avvik i et arbeidsmiljø på mer uformell basis er en god form for læring”, men som en uttrykte det: ”De uformelle diskusjonene, der og da læring fordrer trygghet i miljøet, men det er det man lærer mest av”.

Respondentene kom også inn på nyansatte og studenter, og at en åpen kommunikasjon gjør at det blir mer trygghet i miljøet for å ta opp hendelser når det skjer.

På direkte spørsmål om systemet for å melde ble tatt opp med nyansatte og studenter, divergerte svarene fra å si nei, til at en kunne informere om at leder tok det opp på introduksjon til avdelingen med alle og i medarbeidersamtaler med den enkelte.

6.3 Tilbakemeldinger

Mangel på tilbakemelding var det andre punktet respondentene var enige om var viktig. Et av spørsmålene i intervjuguiden var hva respondentene trodde skulle til for at de ansatte skal melde. Det var stor enighet om at det å ikke få tilbakemelding gjorde noe med motivasjonen for å melde. De var ikke enige i, på direkte spørsmål, at årsaken til at de ikke melder var mangel på kunnskaper hos de ansatte. Å være utrygg på hvordan du bruker det elektroniske systemet, hva og når du skal melde, mente en av respondentene kunne være en årsak til at det ikke blir meldt. Hun uttrykte det slik ”eg trur at det er noe nytt og vi mennesker er alltid redd for alt nytt, men når vi først har lært oss det og har gjort det et par ganger så sitter det”.

Det var konsensus i gruppen om at systemet var enkelt i bruk og tok mye mindre tid å håndtere enn det papirbaserte systemet. Alle har fått opplæring i å

bruke systemet, men det at de ikke hører noe om hva som skjer med det de har meldt, får de til å miste troen på at "det nytter".

Som en respondent uttrykte at motivasjonen for å melde var "at en ser at det skjer noe, at det kommer noe godt ut av det og at det får en konsekvens og ikke negativ konsekvens for en selv". Dette utsagnet representerer nesten en sammenfatning av det som kom frem under intervjuet.

En av respondentene fortalte at hun bevisst hadde prøvd å motivere de ansatte til å melde, fordi hun selv mener det er viktig. Men som en av hennes kollega uttalte "det er jo ikke vits, det skjer ingenting allikevel". Eller at "vi vil vite hva som skjer med det vi melder, og at det blir iverksatt tiltak i forhold til det de har meldt". Et annet innspill var at det å melde "kommer oss til gode og at det kommer pasienten til gode. Da stiller mange opp".

Å få tilbakemelding var og avgjørende for at det skal skje læring i miljøet som fører til økt fokus på pasientsikkerhet. Som en respondent uttrykte det:

"jeg forstår jo at det ikke kan komme en fremdriftsplan med en gang, men at det står (underforstått i tilbakemeldingen), at det vil bli iverksatt, slik at det får en slutt..."

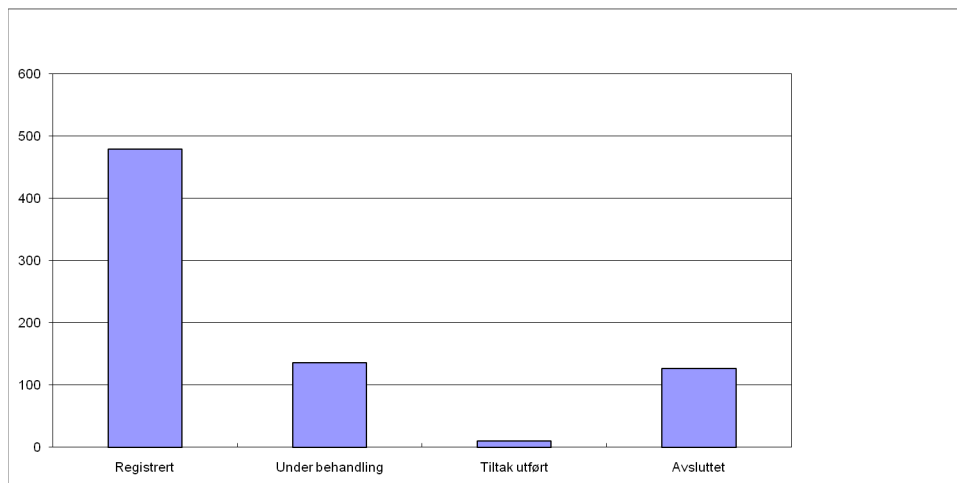
Eller "at vi kunne lært om det på et personalmøte – dette er avviket og dette blir gjort".

Det ble og påpekt i intervjuet at leder ikke tar opp saker som angår uønskede hendelser, gir ikke tilbakemelding, og at det å melde derfor virker meningsløst. Det får ingen betydning.

I det elektroniske meldesystemet er det mulig å hente ut rapporter som kan verifisere om de ansatte har rett i sin påstand om manglende tilbakemeldinger. Av de 751 meldte sakene i 2008 og 2009 er det i underkant av 500 saker, 67%, som ved starten av 2010 ikke er avsluttet, det vil si at melder ikke har fått tilbakemelding, og at leder ikke har fullført hele meldeprosessen, noe som bekrefter påstanden til respondentene.

Figur 7 Søylene representerer antall meldinger

Status saker 2008 - 2009



Kilde Synergi

6.4 Prioritering i hverdagen

Sykepleierne opplever daglig samtidighetskonflikt der de blir tvunget til å prioritere mellom ulike gjøremål. Tidsaspektet kom frem i flere sammenhenger under intervjuet, og som en respondent uttrykte det "alt det som vi skal bruke tid og krefter på må vi rett og slett se at har noen hensikt": Uansett vil hensynet til pasienten komme først, og da sier respondentene at det å melde blir nedprioritert. "Mange tenker at vi skal registrere avvik, men tar det på slutten av dagen og så blir det glemt". Dessuten opplever de at "avvikene skjer gjerne når det er travelt".

De opplever at TID er en viktig faktor for at de ansatte ikke melder. "Vi har nok utelatt å melde en del ting fordi det er "pjaskete " å melde og fordi det ofte skal gjøres på fritid etter arbeidstid"

En av respondentene var uenig i dette og mente at det var snakk om å lære hvor enkelt selve systemet er å bruke og " så få vekk den holdningen om at det tar så mye tid".

De var samstemte i at e-læringskursene ikke var mulig å prioritere i hverdagen. Driften måtte tilrettelegges slik at de kunne få den opplæringen de trengte for å bruke meldesystemet. Noen mente at hvis de skulle melde alt de mente var relevant ville det bli "kaos" i hverdagen fordi de ikke ville få gjort noe annet. Igjen kom det kommentarer om at det tok så lang tid før de fikk tilbakemelding, blant annet fordi det skal gjennom for mange ledd, at de derfor ikke prioriterte det å melde".

Figur 8, Grafen viser de ulike meldingskategoriene.



Kilde: Synergi

For å analysere hva de ansatte faktisk melder om, tok jeg ut en rapport fra Synergi som viser hvilke kategorier meldingene er plassert inn under. Antall meldinger korrelerer med kurven som omhandler meldefrekvens i figur 1. Jeg har og gjennomlest de konkrete meldingene. Det er lederne som kategoriserer meldingene. De aller fleste kommer i kategorien pasientrelaterte meldinger, frekvente meldinger eller under forbedringsområder. Spesielt var det hyppig

meldt om feil i legemiddelhåndtering i starten av 2009. I april 2009 økte spesielt antall meldinger innen kategorien arbeidsmiljø.

6.5 Leders rolle:

De lederne som omtales i fokusgruppeintervjuet er mellomlederne i avdelingen.

De har et varierende kontrollspenn (fra 20 til 70 medarbeidere), de har det sykepleiefaglige ansvaret for sin enhet i tillegg til at de har ansvar for drift, utvikling av medarbeiderne og økonomi. De skal og sørge for opplæring og utvikling av sin avdeling, og legge til rette for at de ansatte skal kunne gjennomføre det som ligger i overordnede føringer. Deriblant opplæring i ulike systemer, som innføring av Synergi som elektronisk meldesystem.

Respondentene la mest vekt på en forventning om at leder har ansvar for å motivere de ansatte til å bruke systemet, og ikke minst gi tilbakemeldinger på hva som skjer med meldingen. Som en uttrykte ” det hjelper ikke å si at vi skal melde hvis ingenting skjer etterpå”. De hadde og en oppfatning av at leder setter i gang prosessen med å melde fordi de har fått et direktiv om at dette skal innføres, men så skjer det ikke noe mer. De er ikke i dialog med de ansatte og motiverer ikke til å melde. En av respondentene mente for øvrig at de hadde et godt system ved å gjennomgå avvikene en gang hvert kvartal. Da fikk de i alle fall en tilbakemelding og ble påminnet om at det å melde var viktig.

En respondent hadde erfart at leder fikk gjentatte meldinger om det samme, men ” tok det kun opp som enkeltsaker, uten å se at det var en systematisk feil ” ”hvis en leder selv ser at det og det gjentar seg, må leder ta det opp mer enn bare å svare på det som enkeltsak”.

De var samstemte i at det ikke var laget rutiner i forhold til det å melde. Selv om det eksisterer rutiner elektronisk under selve systemforklaringen på bruken av systemet, så savnet de enkle rutiner, tilpasset den hverdag de selv hadde, og at disse var gjennomgått med de ansatte. De mente og at dette kunne leveres ut til nyansatte og vikarer slik at det ble enklere for disse å melde.

En respondent uttrykte at ”kan ikke melde alt mulig, blir litt av en mailveksling”.

Et annet innspill handler om leders ansvar i forhold til å ivareta melder. Det må være trygt å melde, og det er leder sitt ansvar å sørge for et arbeidsmiljø der den enkelte opplever det å melde som uproblematisk på egne vegne.

Når det gjelder opplæring var de enige om at det var et lederansvar å tilrettelegge for innføring og opplæring i nye systemer. Som en uttrykte det " det er noe nytt og vi mennesker er alltid redd for alt nytt"

På direkte spørsmål om de brukte muligheten for å kunne gå inn på

Læringsportalen og lære seg Synergi svarte de alle at det ble ikke gjort.

"Egenlæringskurs er ikke noe de ansatte prioriterer eller kan prioritere å sette seg ned med". Å tilrettelegge driften slik at de ansatte kan ta disse kursene i arbeidstiden så de som et lederansvar. Også at nyansatte og vikarer fikk den nødvendige innføringen slik at de vet hva de skal melde og hvordan systemet virker.

Respondentene mente at det var viktig å etablere ulike arenaer der meldingene som er kommet blir ta opp til diskusjon, ikke minst for å lære av meldingene.

Her var erfaringen noe ulik hos respondentene. Noen hadde ledere som tok meldingene opp kvartalsvis på personalmøter som en informasjon, mens andres opplevelse var at det aldri var på agenda i avdelingen. Ingen hadde erfart at det ble iverksatt endringer i avdelingen på bakgrunn av meldingene.

6.6 Kultur

Det var en oppfatning blant respondentene at det å melde oppleves som negativt i miljøet, noe ingen ser nytten av fordi det ikke skjer noe i arbeidsmiljøet eller i forhold til arbeidet med pasientene. Spesielt at en må stå til ansvar for det en melder og at å skriftliggjøre det blir veldig alvorlig. Da er det enklere å ta det opp i miljøet med den det gjelder eller å si det direkte til leder. Dette ble tydelig når sykepleierne uttrykte at de ikke ville melde på legene for å unngå at det blir et dårlig arbeidsmiljø, og at samarbeidsklima skal lide. "Ingen vil melde avviket på vegne av mange" og måtte stå for det selv.

En annen holdning blant de ansatte etter respondentenes erfaring, er at det er ikke viktig å melde. At det ikke kommer noe ut av det. Forventningene til hva det å melde skal løse er tydeligvis uklare, og som en av respondentene sa ” det å melde avvik løser ikke problemene, vi får ikke mer folk eller mer tid”.

De var enige om at å etablere en kultur som sikret et trygt arbeidsmiljø og åpen kommunikasjon, uten risiko for represalier, er avgjørende for om ansatte prioriterer å melde.

6.7 Legemiddelhåndtering

Hensikten med å stille spørsmål rundt legemiddelhåndtering, er at avdelingen ønsker et område som vil engasjere alle ansatte, tverrfaglig, for så å oppnå en generell effekt på tiltroen til og nytten av det å melde. Legemiddelhåndtering er en prosess alle som jobber pasientnært er involvert i, og som er en aktivitet der risikopotensialet er stort for å gjøre feil. Selve flytdiagrammet (se vedlegg 2) av legemiddelprosessen ble brukt aktivt i fokusgruppeintervjuet for å illustrere at dette er en prosess og at det er nyttig å benytte visuelle hjelpemidler for å synliggjøre hvor i en prosess risikoen for å gjøre feil er størst.

Respondentene var enstemmig i at området vil engasjere folk, både fordi det lett skjer feil, og fordi selve handlingen innehar en sikkerhetsrisiko. En hadde opplevd at ved å melde om avvik i legemiddelhåndtering, gikk det ikke lenger enn til avdelingssykepleier før det ble tatt opp, og at tilbakemeldingen var rask med forslag til tiltak.

De mente at det var viktig at legene blir koblet inn – de har delegert ansvaret for å håndtere legemidler til sykepleierne men har det endelige ansvaret for at legemiddelhåndtering foregår forsvarlig.

Respondentene beskrev flere situasjoner der det skulle vært meldt avvik, som at legene skriver utydelig på papirene hva pasienten skal ha av medikamenter, og sykepleierne tolker det som er skrevet, i stedet for å spørre legen.

De var bekymret for at legestudentene ikke er godt nok opplært, og at turnusleger får for lite kompetent hjelp når vanskelige beslutninger skal tas:

"Jeg har meldt det mange ganger at jeg, eller avdelingen har oppdaget feil uten å få tilbakemelding. Jeg har snakket med turnuslegene senere, og de føler selv at de sitter veldig alene i akutte situasjoner".

Dobbeltkontroll gir en viss trygghet. Alle er redd for å gjøre feil og å gi feil.

"Altså, det går ikke på at i helsevesenet gjør vi mer og mer som er bra, men nå skal vi jammen tas hvis vi gjør feil, og vi skal passes på", som en av respondentene uttrykte.

"Det er turnuslegene som kanskje må få litt mer opplæring. Jeg føler at det er der det skjer feil. Det kan være nye sykepleiere som gir råd til turnuslegene uten at de kan det selv, og så blir det den erfarne sykepleieren som kommer på vakt som oppdager feilen. Dette skjer til stadighet. Tid og trygghet til å kunne få en god arbeidsmåte og gode rutiner fra starten. Vet du ikke at du ikke vet, kan du fort bli for trygg".

På spørsmål om hvor i prosessen rundt legemiddelhåndteringen det forekommer feil sier de at det kan skje feil allerede ved mottak og dette kan "henge med helt til pasienten blir utskrevet". Overføringer av data fra et system til et annet er en "risikosport", og slike feil kan forplante seg i hele prosessen. Tid på året er interessant fordi det skjer mye når det er mange vikarer (og disse er ofte ikke opplært i synergi).

7 Drøfting

I drøftningskapittelet vil jeg først drøfte metoden og gjennomføringen av intervjuet. Deretter vil jeg drøfte de enkelte funnene i den rekkefølgen de fremkommer i resultatkapittelet med unntak av funnene innen ledelse og kultur som jeg drøfter i en sammenheng.

7.1 Resultatene og metoden, begrensninger og styrke

7.1.1 Mulige begrensninger

Sykepleierne i avdelingen var, på den tiden intervjuet ble gjennomført, involvert i et samarbeidsprosjekt med høyskolene i Bergen der legemiddelhåndtering og melding av uønskede hendelser var hovedemne. Det er grunnen til at intervjuguiden ble supplert med spørsmål fem, spørsmålet om legemiddelhåndtering. Dette kan være en bias i undersøkelse. Antall meldinger økte i starten av prosjektperioden i 2009. Økt oppmerksomhet på det å melde har trolig påvirket meldefrekvensen i denne perioden. Spesielt når meldefrekvensen reduseres betraktelig etter avsluttet prosjektperiode (se figur1).

Siden jeg er leder i avdelingen, må det tas hensyn til at dette kan være en "bias", både i analysen av svarene og under gjennomføring av intervjuet. Dette kan ha preget hvordan respondentene svarte. Det kan og ha påvirket respondentene til å si ja til å delta i intervjuet. De var spurt av egen leder om å delta, og jeg hadde ingen innflytelse på utvelgelsen, bortsett fra at jeg satt noen kriterier for utvelgelse. Det kan selvsagt stilles spørsmål ved om deltagerne følte seg presset til å delta. Det kan og ha ført til at svarene har blitt dreid for ikke å sette seg selv i et dårlig lys.

Jeg opplevde under intervjuet at deltagerne var åpne og frimodige. De uttalte seg kritisk både til innføringen av Synergi som nytt elektronisk system, bruken av det og oppfølgingen ikke minst.

Anonymitet ble gitt som en garanti. Det er en tillitssak og krever mye av både deltagerne og intervjuer. Det ville kreve at oppgaven og tilbakemeldingen til deltagerne, i tillegg til lederne, bar preg av objektivitet og at utsagn som ble brukt ikke var mulig å identifisere. Det at jeg ikke valgte ut respondentene selv kan være en garanti for at de ikke opplevde å bli presset til å delta. På den annen side, ved å overlate utvelgelsen til leder visste denne/disse hvem som deltok. Siden det var fem forskjellige ledere, oppfatter jeg allikevel at deltagernes anonymitet var ivaretatt.

7.1.2 Validitet

Datatilfanget ved ett fokusgruppeintervju er begrenset, og konklusjonene relatert til funnene vil derfor måtte bli deretter. Funnene kan ikke generaliseres til andre organisasjonsmiljøer enn til egen klinikk. På den annen side viser tidligere forskning at problemområdet er relevant og at konklusjonene er i tråd med det forskning på området viser.

I ettertid har jeg reflektert over at validiteten ville økt om det ble gjennomført to intervjuer, en gruppe respondenter med mye erfaring og en gruppe med mindre. Svarene i intervjuet kunne blitt stilt opp mot og vurdert i forhold til hverandre. Men da ville problemstillingen bli en annen enn den jeg ønsket å utforske.

7.1.3 Utvelgelse av respondenter

Da jeg valgte sykepleiere som respondenter i det første intervjuet var det med utgangspunkt i en formening om at sykepleierne melder mest uønskede hendelser. Denne antagelsen bekreftes i figur 7. Jeg har regnet ut hvilken yrkesgruppe som forholdsmessig melder mest. Det var overraskende at lederne har høyest meldefrekvens. En forklaring på dette er at lederne, som behandler og kategoriserer meldingene, sender de mest alvorlige meldingene til øverste leder for vurdering, og eventuell videreformidling til Skade- og klageutvalget på sykehuset. Det blir registrert som at de har sendt en melding.

Jeg har en antagelse om at lederne har valgt ut sykepleiere med et bevisst forhold til det å melde. Resultatene kan bære preg av at de hadde klare meninger om hva som er årsaken til at det ikke ble meldt, og hva som skal til for at meldefrekvensen skal øke blant sykepleierne. Dette kan være en styrke ved undersøkelsen fordi respondentene er bevisste og kunnskapsrike. Jeg oppfatter at de evnet å generalisere utsagnene til hele gruppen av sykepleiere. En svakhet kan være at undersøkelsen ikke fanger opp de som er mindre bevisste og ikke har kunnskaper om det å melde.

Jeg tørr påstå at sykepleierne i intervjuet uttalte seg på vegne av de mange, og ikke bare som representant for seg selv. Dette begrunner jeg i måten de svarte på og forklaringene på de svarene de gav. Et utsagn var at det ”kommer oss til gode og at det kommer pasienten til gode. Da stiller mange opp”. Jeg oppfatter at dette en oppfatning generelt hos de ansatte og ikke bare de som deltok i gruppen.

7.1.4 Gjennomføring av intervjuet

For å lykkes med fokusgruppeintervjuet søkte jeg å etablere en åpen og trygg atmosfære allerede fra starten. Selve gruppeprosessen som settes i gang under et fokusgruppeintervju er dynamisk og gjør at deltagerne svarer på – og kan bli influert av ideene og kommentarene av de andre gruppemedlemmene.

Interaksjonen mellom gruppemedlemmene er derfor viktig for fokusgruppeintervju som metode. I selve diskusjonen er det et ønske om at utsagnene kan bli bekreftet, forsterket eller benektet i gruppen (Pope, 2006).

Jeg er en utpreget sosial person, og mitt mål i situasjonen var at respondentene skulle glemme at jeg var leder, være åpne, ærlig og utvunget i situasjonen. For å oppnå en slik trygg og god atmosfære diskuterte vi både spilleregler i gruppen og min rolle som intervjuer, før båndet startet. Det var viktig at de hadde tillit til at svarene forble anonyme og at ikke noe av informasjonen ville bli gitt til deres leder. Jeg tror at avklaringene på forhånd var en årsak til at respondentene syntes å være bekvem i situasjonen, og jeg opplevde åpenhet og at respondentene etter hvert torde å være ærlige.

Respondentene vil på ulike måter gi uttrykk for om de befinner seg vel i situasjonen ved kroppsspråk, ansiktsuttrykk og eventuelle verbale uttrykk. De to assistentene som deltok gav i etterkant av intervjuet uttrykk for at de opplevde en god og trygg atmosfære.

Jeg valgte å ha assistenter med for å hjelpe med det praktiske, men og for å observere det nonverbale underveis. De kunne i ettertid rapportere at deltagerne i starten virket usikre på hvordan de skulle håndtere situasjonen og "skulte litt" til hverandre. Etter hvert ble de tryggere og mer ivrig. De gav tilbakemelding om at gruppemedlemmene etter hvert viste ved kroppsspråk om de var enige eller uenige i utsagn fra de andre deltagerne. Ved transkriberingen er det flere steder markert at det var vanskelig å høre hva som ble sagt på grunn av latter og at deltagerne snakket i munnen på hverandre.

7.1.5 Oppfølging av resultatene

For å sikre meg at data er oppfattet og tolket slik at respondentene kjente seg igjen, presenterte jeg disse for de som deltok i intervjuet. Tilbakemeldingen var at de kjente seg igjen og at de kunne innestå for de utsagn jeg hadde kategorisert. De ble og presentert for den tilbakemelding jeg ville gi til lederne i avdelingen, spesielt siden de var lovet full anonymitet.

Funnene er presentert for lederne. De kjente seg ikke igjen i de utsagn som omhandlet trygghet og represalier og ble overrasket over at de ansatte oppfattet dette. Når det gjaldt tilbakemeldinger var de ikke forundret, og mente det var mangel på tid også på egne vegne og manglende lederforankring fra toppen som var noe av årsaken til at det å behandle meldinger ikke blir prioritert. Dessuten var det ikke utarbeidet en strategi for hva som skulle meldes og hvordan sakene skulle håndteres i avdelingen som lederne kunne rette seg etter.

Funnene fra intervjuet er også presentert på en åpen dialogkonferanse, i regi av avdelingen og høyskolene vi samarbeidet med.

7.2 Drøfting av resultatene:

Etter analyse av datamaterialet er funnene prioritert etter det jeg oppfattet respondentene mente var viktigst.

7.2.1 Trygghet

Trygghet vurderer jeg som det de ansatte var mest opptatt av, hvis sykepleiere skulle melde hyppigere enn det de gjør. En av respondentene sier at trygghet er "alfa og omega" for å oppnå at de ansatte melder, en annen uttrykte, at var det fare for at de selv opplever represalier velger de å ikke melde, selv om de vet at det å melde kan øke pasientsikkerheten.

I dette lå en skrekk for å oppleve represalier, spesielt fra leder, men og fra kollega.

Trygghet er et grunnleggende behov for alle individer. Å frykte for egen sikkerhet setter begrensninger for livsutfoldelse. I Maslows teori om de menneskelige behov er behovet for sikkerhet eller trygghet rangert som det viktigste behovet etter at de fysiologiske behov er dekket. Behovet innebærer for individet hvor sannsynlig det er at en uønsket situasjon kan oppstå. En uønsket situasjon i denne sammenheng er enten represalier fra leder eller fra nære kollega.

I nyhetsbladet "Nyheter fra helsetilsynet" 13/7 – 2009 står det at "den kontakten helsetilsynet har med helsepersonell tyder på at det ikke er frykt for reaksjoner fra tilsynsetaten som er skremmende. Vel så mye handler det om uro for "kva kollegaer og leiarar vil seie og korleis ei eventuell hending blir fremstilt i media." Dette er en oppfatning jeg deler etter å ha gjennomført undersøkelsen. I fokusgruppeintervjuet nevnte ikke respondentene overordnede tilsynsmyndigheter, men var opptatt av hva som ville skje hvis de meldte i eget miljø, spesielt hvis de meldte på andre.

Anne Berit Schelbred har intervjuet 10 sykepleiere etter at de, i forbindelse med legemiddelhåndtering, har gjort en alvorlig feil (Schelbred, 2009).

Undersøkelsen bekrefter at angsten for represalier er reell hos sykepleiere, selv om lederne i min egen avdeling ikke kjente seg igjen. Hvordan sykepleierne ble ivaretatt av sin leder i etterkant av hendelsene varierte mye, men var avgjørende for hvordan den som hadde begått feil, handlet i etterkant. De som klarte seg best etter hendelsen var de som fikk aksept for at det var alvorlig og som ble tett fulgt opp av leder. Den andre ytterligheten var de som opplevde represalier fra leder og fra miljøet for øvrig. En sykepleier ble uføretrygdet etter hendelsen. Dette var en direkte konsekvens av ikke å bli tatt på alvor, at hun opplevde represalier og som en konsekvens av dette, ikke våger å arbeide som sykepleier. Forfatter av artikkelen trekker frem noen mekanismer som kan oppleves som uheldige, men ganske vanlige:

- Hendelsen blir omgitt av taushet, tiet i hjel
- Leder eller andre kollega bagatelliserer hendelsen og har liten respekt for den redsel melder opplever.
- Melder blir ikke tatt på alvor
- Melder vil i neste omgang vegre seg for å melde

Jeg opplever at ledere ofte undervurderer den styrken det ligger i å melde for den ansatte. Både fordi det ligger en redsel i negative tilbakemeldinger, men og fordi det kan oppfattes som angiveri blant de ansatte, spesielt hvis du melder noe andre har gjort. Dette kommer også tydelig frem i intervjuet.

Respondentene var skeptiske til å melde feil noen andre hadde begått, og at de hadde en oppfatning om at det kunne være ødeleggende for arbeidsmiljøet.

Også det faktum at melder skriver navnet sitt på meldingen kan være en terskel for å oppleve at det er trygt å melde.

Seniorrådgiver Marianne Tinnå ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet sier til Aftenposten.no. 10/3, 2010 "Hovedgrunnen til at vi får inn så få meldinger, er koblingen med mulighet for sanksjoner mot helsepersonell som rapporterer i systemet. Slike meldinger kan i prinsippet brukes til sanksjoner, selv om det nesten aldri gjøres. Det kan også være frykt for sanksjoner fra ledelsen der de

jobber eller fra kolleger. Vi antar at frykten for sanksjonene gjør at mange ikke melder fra”.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet får meldt de mer alvorlige meldingene, de som ville være på rødt område hvis meldingene ble risikovurdert. Selv om det er en ansatt som har meldt, blir meldingene håndtert på et annen nivå. Det er organisasjonen som tar ansvar for disse meldingene.

Min oppfatning er at hun undervurderer hva ansatte kan oppleve ved å melde, der meldingene blir håndtert internt, og der den som har meldt kan identifiseres i miljøet. Det er sjelden at de represalier eller sanksjoner ansatte kan oppleve ved å melde på egen arbeidsplass kommer i de store overskriftene i nyhetene. Det kan være subtile tilbakemeldinger fra leder eller hentydninger fra kollega som gjør at arbeidsmiljøet kan oppleves utrygt. Respondentene uttrykte redsel for at det kunne slå tilbake på en selv. Det ville de ikke risikere.

Å redusere faren for represalier er, etter min oppfatning, den viktigste motivasjonsfaktor for at sykepleiere skal melde mer. Selv med stor grad av selvtillit skal det mye til for å melde på andre flere ganger hvis du har hatt en ubehagelig opplevelse. Det må være realistiske og fleksible normer i organisasjonen hva gjelder risiko, og det må være aksept for at det er menneskelig å feile, men at det som regel er i systemet årsaken til feilen finne (Kotter, 1996).

Pidgeon og O`Leary fremhever også dette i sin teori rundt sikkerhetskultur at det er viktig å poengtere at det er menneskelig å feile, men at det er systemet som svikter (Pidgeon og O'Leary, 2000). Ønsket om å unngå feil må være delt blant ledere og ansatte. Det må være et felles ønske om å ivareta sikkerheten til pasientene, og for de ansatte. I avdelingen er det ingen felles målsetting, enn si visjon, hva gjelder uønskede hendelser.

Innledningsvis beskrev jeg hvordan Helse Vest i styringsdokumentet til foretaket i 2008 presiserte trygghetskultur som et insitament for at de ansatte skal melde. Det at det kommer et direktiv "ovenfra" skaper ikke i seg selv et trygt arbeidsmiljø, eller gjør de ansatte mindre redd for represalier. Det er den indre motivasjonen, som representerer individets indre behov og drivkraft, som er avgjørende for i hvilken grad individet opplever det som trygt å melde uønskede hendelser.

For at individet skal oppleve at det er trygt å melde er kulturen i organisasjonen viktig. Kulturen vil påvirke individets adferd, og det er organisasjonen som setter en standard for hvordan verdiene, normene og virkelighetsoppfatningen skal være (Bang, 1995).

Respondentene stiller i intervjuet, slik jeg tolker det, indirekte spørsmål ved om det er trygt å melde. Det faktum at jeg oppfatter dette som et hovedbudskap tilsier at det er et problem som lederne må ta på alvor. Også fordi respondentene virket som trygge og reflekterte sykepleiere, men uttalte seg på vegne av mange. Virkelighetsoppfatningen er noe de ansatte bruker for å skape mening i forhold til det de opplever. Det blir et slags fortolkningskart som de ansatte betrakter virkeligheten gjennom, og som hjelper dem å skape mening i handlinger, relasjoner, objekter eller utsagn.

En konsekvens av at det etablerer seg en virkelighetsoppfatning som er delt av gruppen, kan resultere i at det fester seg en oppfatning om at melder risikere å få skylden for det som har hendt. Dette kan utvikle seg til en norm i gruppen, en forventning om at gruppen skal ha en bestemt adferd. Her er det ikke trygt å melde, så her melder vi ikke. Det kan utvikle seg en vi- følelse der gruppen blir viktigere enn målet til organisasjonen – vi skulle gjerne delta i å øke pasientsikkerheten, men ikke på bekostning av egen trygghet.

Et annet moment som jeg oppfatter som vesentlig for at sykepleierne skal melde mer er at de har kunnskaper om hva som er hensikten med å melde, og

hva meldingene blir benyttet til. Som en av respondentene uttrykte i intervjuet så er den uformelle læringen som foregår nær pasienten den beste måten å lære på. Men det er igjen avhengig av et trygt arbeidsmiljø. I et trygt miljø, der oppmerksomheten er mot system og ikke å finne syndebukker, vil det være naturlig å diskutere uønskede hendelser. Et effektivt rapporteringssystem er avhengig av hvordan organisasjonen håndterer skyld og straff (Reason, 2000). Økt kunnskap gir også økt forståelse og kan gi økt trygghet som resultat.

7.2.2 Tilbakemeldinger

Et annet viktig moment som ble tatt opp av respondentene, var mangel på tilbakemeldinger fra leder som tok imot meldingen. Dette var, etter deres mening, en av hovedårsakene til at de ansatte ikke var motivert til å melde uønskede hendelser. Mangel på tilbakemeldinger innebærer at "vi mister troen på at det nytter", eller "det skjer jo ingenting, så det har ingen hensikt" var utsagn de kom med i intervjuet som eksempler på hva det gjorde med dem at tilbakemeldingene uteble.

Sykepleiere har som forpliktelse i all sin utførelse av jobben å ivareta pasientens sikkerhet. "Primum non nocere" eller først og fremst ikke skade (Hippocrates).

Respondentene mente de ansatte har kunnskaper om hvordan de skal bruke meldesystemet, og de ser verdien av det å melde, men det er en oppgitt holdning over mangel på tilbakemeldinger, det at ingenting skjer. Når ingenting skjer kan de heller ikke få kunnskaper om hvordan meldinger aktivt kan brukes for å forbedre pasientsikkerheten.

Tidligere har respondentene uttalt at det nettopp er mangel på kunnskaper om hvordan meldingene brukes som gjør at de ikke melder. Her er jeg usikker på om de her uttaler seg på vegne av mange eller seg selv, men jeg har selv erfart i samtaler med ansatte at de vet hvordan rapporteringssystemet brukes rent teknisk, men ikke hvordan meldingene benyttes eller hva de brukes til, fordi de ikke får tilbakemeldinger.

For å verifisere om de ansatte får tilbakemeldinger på meldingene tok jeg ut en rapport på graden av tilbakemeldinger fra rapportssystemet, figur 7. Tallene bekrefter med all tydelighet at det ikke blir gitt tilbakemeldinger. Nær 67 % av meldingene fra 2008 og 2009 ligger i systemet som registrerte, men uten at melder har fått tilbakemelding på hvordan meldingen blir håndtert videre eller eventuelt hvilke tiltak som blir iverksatt. Lucian Leape hevder at systemet for respons er viktigere enn systemet for rapportering (Leape m.fl., 2009). En av respondentene bekrefter dette utsagnet i sin uttalelse om at "vi vil vite hva som skjer med meldingene og at det blir iverksatt tiltak i forhold til det vi melder". For å etablere en god sikkerhetskultur må organisasjonen etablere en god informasjonskultur (Reason, 1998). Det innebærer gode meldesystemer og gode responssystemer. Dette innebærer både de systematiske, formelle tilbakemeldingene, men også den uformelle der og da tilbakemeldingen. En forutsetning for god sikkerhetskultur er å kontinuerlig reflektere rundt monitorering, analyse av data og et godt tilbakemeldingssystem som sikrer organisasjonslæring (Pidgeon og O'Leary, 2000).

Selv om det elektroniske meldesystemet gir muligheter til den som mottar meldingen å gi tilbakemelding til melder, skjer ikke dette uten å utvikle system og rutiner som alle kjenner til og som det er enighet om.

Respondentene er opptatt av læringsaspektet ved å få tilbakemeldinger og mener at de kunne lært av det på for eksempel et personalmøte. Leder kunne forklart hvilke uønskede hendelser som var mottatt, hvilken kategori det var og hvilke mulige tiltak som ville bli iverksatt. Det ville det være en utfordring til de ansatte om ikke å fortsette å tenke slik de alltid har tenkt. Da vil de også få det resultatet de alltid har fått. En fordel ved å tenke slik vi alltid har tenkt, er at det både kjennes komfortabelt og at vi kan holde på en skapt, felles begrepsverden (Reason, 1998). Jeg oppfatter at ledere ofte undervurderer de ansattes kunnskaper om og ønske om å være delaktig i å utvikle organisasjonen. Men da

må de oppleve at hvis de yter kommer det noe tilbake, og det kan være tilbakemeldinger og anerkjennelse.

For at tilbakemeldinger skal ha en mening må det være knyttet mot et mål til oppgaven som skal utføres.

Det er ikke definert konkrete mål i arbeidet med pasientsikkerhet i avdelingen. Da kan de ansatte ikke vite retningen på hva ledelsen ønsker å oppnå, noe som er en forutsetning for å vite hvor vi skal, noe som i seg selv kan virke motiverende.

Forskning viser at det har liten betydning for de ansatte om målet er utformet av de selv eller andre. Graden av forpliktelse til målet kan være like stort om det er utformet av leder. Det viser seg og at "store" og ambisiøse mål i større grad fører til innsats enn små og "puslete" mål (Locke og Latham, 1990).

Men uavhengig av om målene er store eller små, må de ansatte oppleve at det er mulig å nå målene, at de er realistiske. Rammene rundt oppgaven må være klar og det å nå målet må føre til en form for belønning. I denne sammenheng kan det være å oppfylle de yrkesmessige verdier, som å unngå at pasienten blir utsatt for uønskede hendelser (Schein, 1993).

Tro på egen mestringsevne (self-efficacy) for å nå et mål er viktig (Bandura, 1982). I hvor stor grad den ansatte opplever motivasjon til å utføre en oppgave, er avhengig av tro på at egne evner strekker til. Individet vill vurdere mulig resultat, sette noen mål for seg selv, vurdere egen mestringsevne og handle på bakgrunn av dette. Tror individet at oppgaven er mulig å mestre, vil det tåle større grad av negativ tilbakemelding enn ansatte som er usikre på egne evner.

Anerkjennelse er en side av det å gi tilbakemeldinger. McClelland hevder at mennesker med stort prestasjonsbehov vil ønske oppgaveorienterte tilbakemeldinger, konkrete og knyttet til selve oppgaven og prestasjoner (McClelland og Burnham, 1976). Mennesker med stort kontaktbehov ønsker i større grad følesestilbakemeldinger. Jeg tror de fleste som skal utføre en

oppgave og nå et mål, har behov for begge former for tilbakemelding, men at det blir ulikt vektlagt av ulike yrkesgrupper. Alle mennesker har behov for anerkjennelse. Sykepleierne, er min erfaring, vil både ønske en følelsetilbakemelding, i tillegg til en tilbakemelding som er konkret og knyttet til oppgaven. Dette er nødvendig for at individet skal oppleve vekst og utvikling. En tilbakemelding skal bidra til trygghet og at de ansatte opplever seg som kompetente. Tilbakemeldingen skal og bidra til læring og utvikling. En dyktig leder vil kjenne sine ansattes forutsetning, og vite hva slags tilbakemelding som er klok å gi for å motivere til innsats.

Slik jeg oppfatter respondentene er det etablert en virkelighetsoppfatning i organisasjonen om at det ikke nytter å melde. Det blir ikke gitt tilbakemeldinger og ingenting skjer.

Denne oppfatningen er ikke etablert på objektive kriterier. Om den er sann eller ikke, er ikke det kriterium som avgjør om den er levedyktig. Det vesentlige er at gruppen forholder seg til den som om den er sann, og stiller ikke spørsmål ved denne sannheten (Bang, 1995).

Det er interessant at respondentene opplevde å få rask tilbakemelding med forslag om tiltak da vi diskuterte melding av uønskede hendelser i forbindelse med legemiddelhåndtering. Går vi tilbake til figur 1, kan vi og observere at i den tiden det var spesielt fokus på håndtering av legemidler i organisasjonen økte meldefrekvensen. Dette kan selvsagt være en tilfeldighet, men min tolkning er at den økte oppmerksomheten det å melde fikk økte meldefrekvensen. Ikke minst fordi det ble gitt hyppigere tilbakemeldinger fra leder, og hendelsene ble diskutert i miljøet. Et annet moment er at både ledere og ansatte oppfatter legemiddelhåndtering som en aktivitet med stort risikopotensiale. Det i seg selv kan resultere i rask respons, både hos melder og leder.

Hvis oppfatningen om at det ikke har noen hensikt å melde blir innarbeidet i kulturen, kan det være en utfordring å endre denne. Resultatet kan bli at meldingene uteblir. For å endre retning på en kultur, innebærer dette både

avlæring og innlæring. Det kan oppfattes som truende i en organisasjon. I en periode mellom gammelt og nytt kan det kjente bli fjernet før det er erstattet med det nye (Schein, 1993). Dette kan føre til motstand. Hvis konsekvensen blir at de ansatte ikke melder går organisasjonen glipp av verdifull kunnskap for å øke pasientsikkerheten.

7.2.3 Prioriteringer i hverdagen

Tid var en faktor respondentene stadig kom tilbake til. I løpet av en dag er det mange samtidighetskonflikter i den kliniske virksomhet, og flere av respondentene opplevde det å melde som en tidstyv, spesielt hvis det stjal tid fra nødvendig pasientkontakt.

I en utredning om kunnskapsbedrifter og profesjoner (Stjernø, 1996) hevdes det at det primære for sykepleieren og andre helseprofesjoner alltid vil være deres nærhet til praksis og deres orientering mot klient- og pasientbehovet. Dette er grunnfjellet i deres profesjonsutdanning, noe en organisasjon skal ha stor respekt for i en endringssituasjon. Flere av utsagnene i intervjuet bekrefter denne påstanden, som at mange vil stille opp hvis det kommer pasientene til gode, eller at det å melde ikke blir prioritert hvis det stjeler tid fra pasienten.

Det implementeres stadig nye IT-verktøy som har intensjon om å forenkle hverdagen til de ansatte, men som de kan oppleve som en ekstra belastning, spesielt om IT-systemet krever opplæring og kompetanse. Respondentene mente at det var urealistisk å forvente at de på eget initiativ skulle ta et e-læringsprogram – at det må tilrettelegges og planlegges inn i en travel hverdag og at det var et lederansvar.

Det ble og sagt av en av respondentene at når du først hadde lært deg meldesystemet var det enkelt i bruk, og at det ikke er en unnskyldning for ikke å melde. Et poeng er at uønskede hendelser ofte oppstår når det er travelt, og da prioriteres det ikke av ansatte å melde.

Presset på og ressursmangel i helsetjenestene er en stadig gjenganger i media. Ikke minst diskusjoner om organisering av helsevesenet.

Sykepleiere jobber mye overtid, både frivillig og pålagt. I en undersøkelse som nylig er gjennomført (Olds og Clarke, 2010), er det kartlagt om det er sammenheng mellom antall uønskede hendelser og overtid blant sykepleiere. Ikke overraskende finner forskerne en positiv sammenheng, og de kan identifisere at arbeidsuker på mer enn 40 timer øker frekvensen av uønskede hendelser, spesielt på natt. Forskerne ser også sammenheng mellom søvndeprivasjon og manglende påpasselighet, i tillegg observerte de at kvaliteten på utførelse av oppgaver reduseres. Det er en markert forskjell i om sykepleier er pålagt overtid eller gjør det frivillig. I lys av pasientsikkerhet skulle denne type forskning føre til nøye gjennomgang av hvordan vi organiserer sykepleietjenesten.

7.2.4 Ledelse, endring og kultur

Respondentene så det som en lederoppgave å tilrettelegge for muligheten til å melde, å utarbeide rutiner og kriterier for hva som skal meldes og å lage et system for å ivareta de som melder. Likeledes oppfattet de det som et lederansvar å gi tilbakemeldinger og å sørge for at det ble etablert læringsarenaer for å kunne utvikle organisasjonen i takt med de krav som blir pålagt fra øverste leder. Det var ingen motstand mot å melde, og respondentene så nytten av det, men rammene rundt var ikke tilrettelagt.

Synergi som rapportsystem ble innført i hele organisasjonen samtidig med vekt på opplæring ved e-læring og auditorieundervisning. Jeg tolker svarene i fokusgruppeintervjuet dit, at denne formen for opplæring ikke er nok for å motivere de ansatte til å ta systemet i bruk og implementere det i hverdagen. De opplever ikke at det å melde har betydning. Uønskede hendelser får ikke oppmerksomhet av nærmeste leder og blir derfor ikke prioritert av de ansatte. Det er leders ansvar å gjøre endringer konkrete og å motivere til entusiasme for å få til endringene. Likeledes å sørge for at sykepleierne får et eierskap til endringene ved å involvere de og bevisstgjøre de på betydningen av å melde.

Sikkerhet er usynlig inntil det skjer noe, noe som skaper oppmerksomhet. Så lenge de ansatte ikke ser at noe skjer vil de anta at bare de fortsetter å gjøre det de alltid har gjort, vil heller ingenting skje. Men for at en prosess skal være stabil, er denne avhengig av mange ulike faktorer som henger sammen, og svikter det ett sted er det fare for at det kan oppstå en feil. Dette kan leder gjøre synlig ved å bruke meldingene aktivt (Reason, 1998).

Forankring i ledelsen er helt vesentlig for å utvikle organisasjonen. For å oppnå en organisasjon der sikkerhet får like mye oppmerksomheter som det som står på bunnlinjen i budsjettet, må det være forankring i ledelsen på alle nivåer (Leape, 2009). Det må være en erkjennelse av at uten lederforankring skjer det ingen utvikling. De lederne det refereres til i oppgaven er mellomledere. Jeg tolker tilbakemeldingene fra respondentene slik at lederne i liten grad er motivert for å bruke systemet med meldinger for å arbeide systematisk med forbedring. Årsaken er primært, vil jeg hevde, at det ikke er godt nok forankret i toppledelsen i avdelingen.

Ledere har, i kraft av sin rolle, mandat til å iverksette og lede endringer og utvikling av etablerte prosesser i organisasjonen. Det gjelder enten utviklingen involverer menneskene, innføring eller oppgradering av IT-systemer, nye lederverktøy eller teknikker, eller å endre strukturer i organisasjonen (Bainbridge, 1996).

For å lykkes med å innføre et nytt rapporteringssystem må leder skape forståelse for at innføringen er nødvendig og kommer pasienten og de ansatte til gode (Kotter, 1996). Denne forståelse kan etableres ved å synliggjøre gevinsten av å bruke uønskede hendelser systematisk. Leder kan skape et bilde av nå-situasjonen og av hva avdelingen kan oppnå med det nye systemet. Selv om sykepleierne melder hyppigst, ønsker ledelsen at meldefrekvensen skal øke for i enda større grad enn i dag å fange opp de hendelsene som kan føre til alvorlig skade.

Et virkemiddel kan være å bruke risikostyring. En risiko er muligheten for at det kan oppstå en uønsket hendelse. En uønsket hendelse kan defineres i forhold til alvorlighetsgrad som skissert i figur 3 og 4. Operasjonell risikostyring innebærer å estimere sannsynligheten for at en meldt hendelse kan oppstå igjen. Leder kan bruke dette strategisk for å lukke gapet mellom dagens situasjon og ønsket situasjon og på den måten skape den nødvendige forståelsen for og lojaliteten til en endring (Kotter og Schlesinger, 2008).

Dette krever systematisk tilnærming, og Lewin så på forandring som resultat av dynamikken mellom motsatte krefter, de som driver forandring og de som motsetter seg denne (Grønhaug m.fl., 2001). Første fasen i endringsprosessen er opptining. Leder må identifisere om det finnes konserverende krefter som kan representere motstanderne til endringsprosessen. Det kan, i følge Kotter, være fornuftig å skape legitimitet til prosessen. Et tiltak kan være å skape allianse ved å sette sammen en gruppe med autoritet og makt som kan gi endringen legitimitet. Makten kan og være av uformell karakter.

Fase 2 kaller Lewin endring, eller det som (Hennestad m.fl., 2006) i sin bok kaller å skape endringsrommet. I denne fasen prøves nye løsninger. Leder må skape et bilde av ønsket fremtid, som må kommuniseres til de ansatte, og på denne måten skape en endringskraft med bred deltagelse (Kotter, 1996). I denne fasen kan det også være fornuftig å etablere noen kortsiktige mål som kan synliggjøre betydningen av endringene. Konkrete eksempler vil motivere sykepleierne mer enn visjoner og store løfter.

I fase tre er skal prosessen stabiliseres. I denne fasen skal endringen implementere, i stabile strukturer, prosedyrer og samhandlingsmønstre. I denne delen av prosessen kan leder etablere og implementere de rammene rundt meldingsprosessen som de ansatte etterlyste i intervjuet. Kotter vil kalle dette å forankre arbeidsformen i organisasjonens kultur.

En av årsakene til at sykepleierne ikke melder, sier respondentene, er mangel på tilbakemelding og at ingenting skjer som følge av meldinger. Da vil heller ikke sykepleierne forstå hensikten med endringen, det er ikke skapt den nødvendige forståelsen for at innføringen av et nytt rapporteringssystem er nødvendig. Tilbakemeldingene er nøkkelen til læring.

Kjernen i endringsledelse er å etablere nye handlingsmønstre, nye forståelsesmønstre. Men dette skjer ikke uten påvirkning fra leder (Hennestad, 2009). For at medlemmene i avdelingen skal endre adferd, i forhold til det behov organisasjonen har for å tilpasse seg til nye omgivelser, er det nødvendig med læring. Respondentene er opptatt av, at for å kunne bruke meldingene i læringssammenheng, må det være en arena for læring. Å innføre nye mønstre innebærer avlæring av de gamle, og dette kan virke truende på medlemmene i organisasjonen (Schein, 1993).

Skal organisasjonen lære av meldingene må leder være bevisst på sykepleiernes tradisjonelle måte å løse problemer på. I noen sammenhenger kan førsteordens problemløsning være rasjonelt for å få dagene til å gå rundt. Men noen endring i organisasjonen fører det ikke til, og problemet vil dukke opp igjen. Denne formen for læring er grunnfestet i sykepleietradisjonen og ikke lett å endre. Det er slik de får hverdagen til å gå rundt ved å løse problemene der og da, uten å reflektere over hvorfor det skjer, eller å se på de bakenforliggende årsakene.

Skal uønskede hendelser føre til organisasjonslæring må sykepleierne gå fra førsteordenslæring til andreordenslæring. Hvis ikke taper organisasjonen evnen til å lære av problemene og de ansatte vil fortsette å løse problemer som de alltid har gjort.

Men dette skjer ikke uten aktivt og systematisk lederengasjement.

Det er hevdet at det som har betydning for profesjonene i helsetjenesten er det som har betydning for deres kliniske virksomhet. Systemforståelsen blir i liten

grad prioritert. (Quinn m.fl., 1996). Da finner jeg det interessant at resultatene i undersøkelsen ikke bekrefter dette.

Sykepleierne som deltok i intervjuet var svært opptatt av helheten og var bekymret for konsekvensene av å ikke melde uønskede hendelser. En årsak kan selvsagt være at de sykepleierne som deltok allerede i forkant av intervjuet hadde reflektert over problemstillingen. På den annen side var de helt enige i at sykepleierne ville melde om de oppfattet det som trygt og at de fikk tilbakemeldinger. Det er hevdet at frontpersonell ikke bruker tid på systemkunnskap, og i liten grad ser avdelingen som del av en større helhet (Tucker og Edmondson, 2002). Det ser de ikke behovet for. Men min oppfatning er at sykepleierne i intervjuet både hadde innsikt i årsaks og virkningskomplekset rundt meldinger. Denne kunnskapen kan lederne bruke for benytte seg av den kreativitet, vilje, motivasjon og tilpasningsevne som jeg formoder finnes i sykepleiegruppen hvis den blir vitaliseres.

Leder må ha et mål om å engasjere de ansatte i å arbeide med pasientsikkerhet som den uvurderlige ressurs de er. En sikkerhetskultur utvikler seg gradvis i forhold til lokale forhold, erfaringer med uønskede hendelser og leders evne til å motivere ansatte (Reason, 1998). Et godt informasjonssystem, en kultur for å rapportere, tilbakemeldinger og ikke minst en trygg kultur for å melde er nøkkelfaktorer for å få det til. Det er viktig å se på organisasjonsfaktorer og ikke personfaktorer når man vurderer uønskede hendelser.

Slik jeg tolker resultatene er det ingen definert motstand i organisasjonen mot å melde. Respondentene gir mer uttrykk for at de er oppgitt. Definert og uttalt motstand opplever jeg som konkret og enklere å jobbe med, enn å snu en oppgitt holdning til noe positivt. Samtidig kan leder, på bakgrunn av at det ikke er identifisert motkrefter i miljøet som aktivt trenerer bruken av uønskede hendelser, ha en mulighet for å starte prosessen om igjen. Slik jeg oppfatter deltagerne i intervjuet er de interessert i at det skal utvikles en god meldekultur i

avdelingen. Det å arbeide aktivt med pasientsikkerhet harmonerer med de verdier sykepleierne har for sitt arbeid.

8 Oppsummering og konklusjon

I undersøkelsen ville jeg finne ut hvorfor ikke sykepleierne melder flere uønskede hendelser.

En av årsakene til at sykepleierne ikke melder er at de ikke ser at det har noen betydning i deres kliniske hverdag, det får ingen konsekvenser. Det skjer ingen endringer på bakgrunn av at de melder. De får ikke tilbakemeldinger og ser derfor ikke hensikten med å melde. Sykepleierne mener at det er viktig å melde og det er ikke motstand blant sykepleierne mot selve meldekonseptet. Det er mer en oppgitt holdning over at det ikke skjer noe. "Hva er vitsen?"

En av respondentene har en uttalelse som er en sammenfatning av det som kom frem under intervjuet:

"Motivasjonen for å melde er at en ser at det skjer noe, at det kommer noe godt ut av det og at det får en konsekvens og ikke negativ konsekvens for en selv".

I undersøkelsen har sykepleierne pekt på noen forutsetninger som må være til stede for at de skal melde.

Ledere i organisasjonen må være bevisst på at sykepleiere er opptatt av at det er nyttig å melde, men at de nødvendige rammebetingelser må være til stede. Målet med å melde må være kjent for alle. Det må utarbeides gode melderutiner, både for sykepleierne og andre som har ansvar for pasienter, spesielt turnusleger og vikarer. Det må utarbeides kriterier for hva som skal meldes i Synergi og hva som kommuniseres direkte med leder.

Sykepleierne må ha forsikring om at det å melde er trygt, at de ikke risikerer negative tilbakemeldinger på å melde, verken fra leder eller kollega.

Betydningen av trygghet for å melde selv mindre hendelser er kraftig undervurdert av ledere. De ansatte må vite at det er et system for å ivareta melder, enten det handler om alvorlige hendelser som meldes videre til tilsynsmyndighetene eller det er de uønskede hendelsene som kunne ført til noe mer alvorlig, men som behandles internt. Fokus må være på årsaksanalyse og forbedring og ikke å finne syndebukker.

Alle må ha tilgang til bedre kunnskaper om betydningen av å melde uønskede hendelser, hvordan disse kan brukes i organisasjonen og opplæring i å bruke rapportsystemet. Det er et lederansvar å sørge for at de ansatte har kunnskapen tilgjengelig. En forutsetning er at leder selv innehar denne kunnskapen.

Skal ansatte og ledere ha nytte av meldingene må melder få tilbakemelding fra leder. Uten tilbakemeldinger blir det ingen læring i organisasjonen som er en forutsetning for å utvikle en god sikkerhetskultur. Sykepleierne er opptatt av læringsaspektet, men ønsket mer systematisk tilbakemelding, både til enkeltpersoner og til sykepleierne som gruppe. Sykepleierne er opptatt av at det de gjør skal komme pasienten til gode. Det de prioriterer å bruke tid på må være nyttig, i en hverdag med stadige samtidighetskonflikter. Tilbakemeldinger kan motivere de ansatte til å melde mer, og til å se betydningen av å bruke meldingene for å forbedre den kliniske hverdag.

Det å utvikle en god sikkerhetskultur må være forankret fra toppledelsen. Lederne har ansvar for å innføre systemet, og å motivere sykepleierne til å bruke det. Å motivere sykepleierne er enkelt hvis rammebetingelsene kommer på plass, fordi de oppfatter at det å melde og å bruke meldingene er viktig. For at ledere på alle nivå skal engasjere seg må forankringen komme fra toppledelsen. Manglende forankring fra øverste ledelse fører til at andre ledere i

liten grad engasjerer seg, og prioriterer ikke det å håndtere uønskede hendelser som viktig i hverdagen. Resultatet er at det ikke blir gitt tilbakemeldinger, og at motivasjonen til de ansatte for å melde blir lav.

9 Referanser

- ALVESSON, M. og SVENINGSSON, S. (2007) *Organisationer, ledning och processer*, Studentlitteratur.
- ANONYM (2009) Årsmelding for skade- og klageutvalget Helse Bergen.
- ARGYRIS, C. og SCHØN, D. (1978) *Organizational learning: A theory of action perspective.*, Reading, Mass, Addison Wesley.
- BAINBRIDGE, C. (1996) *Designing for change: A practical guide for business transformation*, New York, John Wiley.
- BANDURA, A. (1982) Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- BANG, H. (1995) *Organisasjonskultur*, [Oslo], TANO.
- DECI, E. L. og RYAN, R. M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour.*, New York, Plenum publishing Co.
- DONALDSON, L. (2002) An organisation with a memory. *Clin Med*, 2, 452-7.
- ECCLES, T. (1994) *Succeeding with change. Implementing action-driven strategies.*, New York, McGraw Hill.
- ERAUT, M. (1994) *Developing professional knowledge and competence*, London, Falmer.
- FLÅTE, S. og JØRSTAD, R. G. (2009) Norsk pasientskadeerstatning - aktiviteter i 2008. *Overlegen*, 3-7.
- GIBBS, A. (1997) Focus groups. *Social research update*.
- GRØNHAUG, K., HELLESØY, O. H. og KAUFMANN, G. (2001) *Ledelse i teori og praksis*, Bergen, Fagbokforl.
- HAUKEDAL, W. (2005) *Arbeids- og lederpsykologi*, Oslo, Cappelen akademisk.
- HENNESTAD, B. W. (2009) Endringsledelse i endringssituasjonen– en liminell utfordring *Magma*.
- HENNESTAD, B. W., REVANG, Ø. og STRØNEN, F. H. (2006) *Endringsledelse og ledelsesendring / endringslæring for praktisk orienterte teoretikere og reflekterte praktikere*, Oslo, Universitetsforl.
- IRGENS, E. J. (2007) *Profesjon og organisasjon : å arbeide som profesjonsutdannet*, Bergen, Fagbokforl.
- KITZINGER, J. (2006) *Focus groups*, London, Blackwell publishing.
- KJØDE, A. (1997) Kvalitetsforbedring og ledelse i sykehusavdelinger. *AFF årbok 1997*.
- KOHN, L. T., CORRIGAN, J. og DONALDSON, M. S. (1999) *To err is human: builing a safer health system*, Institute of Medicine, øCommittee on Quality of Health Care in America
- KOTTER, J. P. (1996) *Leading change*, Boston, Harvard Business School Press.
- KOTTER, J. P. og SCHLESINGER, L. A. (2008) Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 3-11.
- LEAPE, L., BERWICK, D., CLANCY, C., CONWAY, J., GLUCK, P., GUEST, J., LAWRENCE, D., MORATH, J., O'LEARY, D., O'NEILL, P., PINAKIEWICZ, D., ISAAC, T. og FDN, N. P. S. (2009) Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 424-428.

- LEAPE, L. L. (2009) Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*, 404, 2-5.
- LOCKE, E. A. og LATHAM, G. P. (1990) Work Motivation and Satisfaction - Light at the End of the Tunnel. *Psychological Science*, 1, 240-246.
- MALTERUD, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, [Oslo], Tano Aschehoug.
- MCCLELLAND, A. W. og BURNHAM, D. H. (1976) Power is the great motivator. *Harvard Business Review*, 100-110.
- OLDS, D. M. og CLARKE, S. P. (2010) The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research*.
- OLSEN, E. (2007) Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127, 2656-60.
- OLSEN, E. (2009) *Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry : psychometric quality, longitudinal change, and structural models / elektronisk ressur*, Stavanger, University of Stavanger, Faculty of Social Sciences.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H.-O. (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*.
- PALMER, I. og DUNFORD, R. (2008) Organizational Change and the Importance of Embedded Assumptions
British Journal of Management, 19, 20-32.
- PIDGEON, N. og O'LEARY, M. (2000) Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34, 15-30.
- POPE, C. (2006) *Analysing qualitative data*, London, Blackwell publishing.
- QUINN, J., ANDERSON, P. og FINCKELSTEIN, S. (1996) Managing professional intellect. Making the most of the best. *Harvard Business Review*, 71-80.
- REASON, J. (1998) Achieving a safe culture: theory and practice. *Work and Stress*, 12, 293-306.
- REASON, J. (2000) Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-70.
- SCHEIN, E. H. (1993) *Organisasjonspysykologi*, Oslo, Tanum-Norli
- SCHELBRED, A. G. (2009) Det er menneskelig å feile. *Overlegen*, 8-11.
- SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET (2004) *-og bedre skal det bli! : en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- SPURKELAND, J. (1998) *Relasjonsledelse*, [Oslo], Tano Aschehoug.
- STJERNØ, S. (1996) *Profesjonsutdanningene og det nye høgskolesystemet : Lærerutdanning 1996 - Lærerutdanningsrådets konferanse 21.-22. mars 1996*, Oslo, Høgskolen i Oslo.
- SØREIDE, T. (1999) *Vurdering og posisjon*. Bergen, Bergen.
- TUCKER, T. L. og EDMONDSON, A. C. (2002) *Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change*. Boston, Harvard Business School.

Vedlegg 1

Intervjuguide:

1) Hva vet dere om begrepet uønskede hendelser generelt?

Hva er det?

Melder dere uønskede hendelser?

Hvis dere melder...hva er viktig å melde om?

Hvis dere ikke melderhvorfor ikke?? Hva hindrer ansatte fra å melde?

Snakker dere om det på posten? De ansatte seg i mellom eller for eksempel på personalmøter?

2) Hva tror dere skal til for at de ansatte skal melde uønskede hendelser?

Blir nyansatte introdusert til meldesystemet i Helse-Bergen?

Er det aksept i arbeidsmiljøet for at meldinger er viktig?

Er det kultur i posten for å diskutere feil?

Har dere noen gang opplevd negative tilbakemeldinger når dere har snakket om feil?

3) Systematisk registrering av uønskede hendelser er ment å føre til læring i organisasjonen. Hvordan skal vi få dette til? Hva er viktig å huske på?

Tror dere at økt snakk om uønskede hendelser ville øke fokus på det?

Økte kunnskaper?

Økt forståelse av nytteverdien? Hvordan vi kan bruke de uønskede hendelsene?

Er det viktig med tverrfaglig engasjement?

4) Hvor viktig er leders engasjement?

Snakker leder om uønskede hendelser?

Får dere tilbakemeldinger når dere melder?

Hvem har ansvar for at uønskede hendelser blir meldt og brukt?

Opplever dere at det drives systematisk forbedringsarbeid på posten?

I klinikken?

Vi ønsker å starte en prosess der vi skal fokusere på pasientsikkerhet i Kirurgisk klinikk. Melding av UH er en viktig forutsetning for å oppnå dette. At håndtering av legemidler er valgt som første fokusområde er ikke tilfeldig. Dette er en komplisert prosess som kan få store konsekvenser for pasienten, og som alle ansatte er opptatt av foregår korrekt. I realiteten er det 0-toleranse for feil.

5) Tror dere legemiddelhåndtering er et fokusområde som kan engasjere de ansatte?

Hva er viktig for å få de ansatte engasjert?

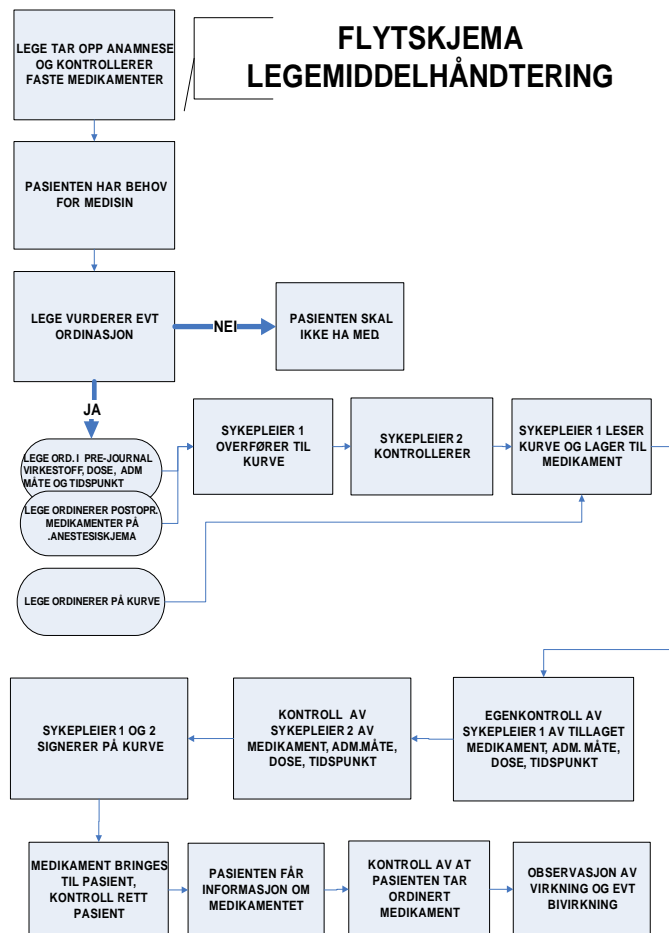
Har dere noen forslag til hvordan vi kan systematisere tilbakemeldingene for at vi skal oppnå at vi lærer av det?

Hvor og hvordan skal vi starte?

Hva må vi tilrettelegge for å oppnå at de melder?

Hvordan og hvor ofte skal vi gi tilbakemeldinger om funnene?

Vedlegg 2: Flytdiagram over legemiddelprosessen



Vedlegg 1 Intervjuguide:

1) Hva vet dere om begrepet uønskede hendelser generelt?

Hva er det?

Melder dere uønskede hendelser?

Hvis dere melder...hva er viktig å melde om?

Hvis dere ikke melderhvorfor ikke?? Hva hindrer ansatte fra å melde?

Snakker dere om det på posten? De ansatte seg i mellom eller for eksempel på personalmøter?

2) Hva tror dere skal til for at de ansatte skal melde uønskede hendelser?

Blir nyansatte introdusert til meldesystemet i Helse-Bergen?

Er det aksept i arbeidsmiljøet for at meldinger er viktig?

Er det kultur i posten for å diskutere feil?

Har dere noen gang opplevd negative tilbakemeldinger når dere har snakket om feil?

3) Systematisk registrering av uønskede hendelser er ment å føre til læring i organisasjonen. Hvordan skal vi få dette til? Hva er viktig å huske på?

Tror dere at økt snakk om uønskede hendelser ville øke fokus på det?

Økte kunnskaper?

Økt forståelse av nytteverdien? Hvordan vi kan bruke de uønskede hendelsene?

Er det viktig med tverrfaglig engasjement?

4) Hvor viktig er leders engasjement?

Snakker leder om uønskede hendelser?

Får dere tilbakemeldinger når dere melder?

Hvem har ansvar for at uønskede hendelser blir meldt og brukt?

Opplever dere at det drives systematisk forbedringsarbeid på posten?

I klinikken?

Vi ønsker å starte en prosess der vi skal fokusere på pasientsikkerhet i Kirurgisk klinikk. Melding av UH er en viktig forutsetning for å oppnå dette. At håndtering av legemidler er valgt som første fokusområde er ikke tilfeldig. Dette er en komplisert prosess som kan få store konsekvenser for pasienten, og som alle ansatte er opptatt av foregår korrekt. I realiteten er det 0-toleranse for feil.

5) Tror dere legemiddelhåndtering er et fokusområde som kan engasjere de ansatte?

Hva er viktig for å få de ansatte engasjert?

Har dere noen forslag til hvordan vi kan systematisere tilbakemeldingene for at vi skal oppnå at vi lærer av det?

Hvor og hvordan skal vi starte?

Hva må vi tilrettelegge for å oppnå at de melder?

Hvordan og hvor ofte skal vi gi tilbakemeldinger om funnene?